

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO
CIRUJANO

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA PRESCRITA Y
SUS FACTORES CONDICIONANTES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ESENCIAL TRATADOS EN EL
HOSPITAL DELFINA TORRES VIUDA DE CONCHA

PRESENTA:

ARIAS ALBUJAGRACE

PEREZ RAMOS FANNY VERONICA

DIRECTOR:

CARLOS PROAÑO VITERI, MD

DIRECTOR METODOLOGICO:

KAREN PESSE SORENSEN, MD MSc

QUITO, 2014

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA PRESCRITA Y SUS FACTORES CONDICIONANTES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ESENCIAL TRATADOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES VDA DE CONCHA

LUGAR:

Hospital Delfina Torres Viuda de Concha de la Provincia de Esmeraldas, Cuidad de Esmeraldas. La institución en cuestión se encuentra ubicada en la Avenida Libertad frente a la Catedral de Esmeraldas.

AUTORES:

- Arias Albuja Grace. Estudiante de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Pérez Ramos Fanny Verónica Estudiante de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Director de la Disertación: Dr. Carlos Humberto Proaño Viteri. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Médico Internista del Hospital General de las Fuerzas Armadas N.- 1.
- Directora Metodológica: DraKaren PesseSorensen. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Colaborador: Dr. Samuel Ibarra. Jefe de Docencia e investigación del Hospital Delfina Torres Vda de Concha.

DEDICATORIA

Dedico la culminación de este trabajo a quienes desde tiempos inmemorables forjan en mí un espíritu de ser humano con todo lo que ello implica responsabilidad, aprendizaje constante y la conversión de nuestros defectos en virtudes.

A ustedes

Padres & Hermanos

GRACE A. A.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a Dios y a cada una de las personas que nos apoyaron y asesoraron para la realización de este trabajo.

Papá, por tu persistencia para continuar la noble profesión de médico.

Mamá, por tus sabias palabras en todo momento.

Hermanos, porque son mi inspiración día a día.

Amiga, porque durante nuestros años de estudio y amistad anhelamos realizar juntas este proyecto, que nos ha tomado tiempo pero que sobre todo nos enseñó a entendernos y ser pacientes.

Amigos, por sus constantes palabras de aliento, a ti grato amigo en tu memoria.

Doctores, porque sus enseñanzas en nuestra querida universidad han creado nuevos pensamientos y expectativas de constancia en nuestra profesión.

Somos tiempo.....

Gracias por tu motivación

GRACE A. A.

DEDICATORIA.

En primer lugar a Dios, que me ha brindado una vida llena de alegrías y aprendizaje. Que sea el que me llene de sabiduría en mi profesión.

A mis padres que siempre me han apoyado, guiado y cuidado con mucho amor. Gracias de corazón por todas las oportunidades que me han brindado y por siempre darnos su bendición. Dios los bendiga,

A mis hermanas y sobrinos que nunca titubearon para ayudarme y apoyarme en todo momento. Gracias por su tiempo, sus consejos, su apoyo incondicional y su cariño

A mis amigos que siempre estuvieron a un lado mío para ayudarme, escucharme, aconsejarme y en muchas ocasiones, guiarme.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y a mis estimados maestros, que, a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos.

Y por último: deseo dedicar este momento tan importante e inolvidable; a mí misma, por no dejarme vencer, ya que en ocasiones el principal obstáculo se encuentra dentro de uno mismo

Verónica Pérez.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de existir aquí y ahora, quien con su guía me ha de mostrado que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.

A mi padres Ramón y Fanny quienes me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos. Gracias por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en la vida.

A mis hermanas Saskya y Anita, con las que crecimos como cómplices día a día y somos amigas incondicionales de toda la vida, compartiendo triunfos y fracasos, recordándome que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A mis pequeños: Axel y Abigail por ser los testigos silenciosos de mi lucha diaria por un mejor futuro, llenando de alegría mi vida con sus ocurrencias y travesuras.

A mi compañera de tesis y amiga Grace Arias, gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los bonitos y malos momentos que pasamos en este proceso y a lo largo de toda nuestra carrera. Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestro objetivo.

A todos mis amigos que han estado a lo largo de mi vida y a quienes recién se han sumado a formar parte de ella, en especial a Ángel y Patty, por ese amor y amistad sincera. En cada uno de ustedes hay una persona muy especial en mí.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Carlos Proaño Viteri por aceptarnos para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección.

A nuestra directora metodológica, Dra. Karen PesseSorensen, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado la culminación exitosa de este proyecto.

Sin lugar a duda este trabajo no pudo haberse realizado sin la formación que recibí en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Gracias a todos los maestros que durante toda mi carrera profesional aportaron con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis queridos Doctores: Jaime Bolaños, Francisco Barrera, Alberto Castillo por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Gracias a la amistad brindada, las sugerencias y contribuciones para este proyecto se lleve a cabo por parte del Dr. Samuel Ibarra, pues resultaron de gran utilidad.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones

Verónica Pérez

TABLA DE CONTENIDO	PAG
Título	2
Agradecimientos	3
Lugar	2
Autor	2
Resumen	9
Capítulo I: Introducción	16
Capítulo II: Revisión bibliográfica	
A. Hipertensión Arterial Sistémica	
1. Definición y aspectos conceptuales	20
2. Epidemiología	21
3. Clasificación de hipertensión arterial sistémica en adultos	23
4. Etiología de la presión arterial sistémica.	25
5 Factores de riesgo cardiovascular.	26
6. Diagnóstico	27
7. Complicaciones de la hipertensión arterial.	30
8. Tratamiento antihipertensivo	33
9. Hipertensión arterial resistente.	43
B. Adherencia Terapéutica	
1. Definición adherencia terapéutica	44
2.Frecuencia	48
3. Efectos de la adherencia terapéutica	49
4. Factores condicionantes de la adherencia terapéutica	52
4.1. Factores socioeconómicos y demográficos	53
4.2.Factores relacionados con el sistema de salud o el equipo de asistencia sanitaria.	55
4.3. Factores relacionados con la enfermedad	56
4.4. Factores relacionados con el tratamiento	57
4.5. Factores relacionados con el paciente	58
5. Métodos para investigación de la adherencia	62
6. Intervenciones para mejorar la adherencia	65
Capítulo III: Métodos	71
Capítulo IV: Resultados	81
Capítulo V: Discusión	101
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones	111
Glosario	114
Bibliografía	116

LISTA DE TABLAS	
Tabla 1. Prevalencia, grado de detección, tratamiento y control de presión arterial en varios países latinoamericanos.	22
Tabla 2: Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según OMS, BHS-ESH-ESC	24
Tabla 3: Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, según JNC VII	24
Tabla 4: Factores de riesgo para hipertensión arterial.	26
Tabla5: Condiciones para la toma de la presión arterial.	27
Tabla 6: Exámenes para valoración básica en pacientes con HTA.	30
Tabla 7: Complicaciones de la HTA según lesión de órgano blanco.	32
Tabla 8: Factores para cuantificar el riesgo cardiovascular.	36
Tabla 9: Riesgo cardiovascular relacionado con valores de presión arterial.	36
Tabla. 10: Instauración de cambios en el estilo de vida y tratamiento antihipertensivo farmacológico.	37
Tabla 11: Modificaciones en los estilos de vida	39
Tabla12. Descripción población con HTA	82
Tabla 13. Adherencia Farmacológica.	84
Tabla 14. Factores sociodemograficos y adherencia farmacológica	85
Tabla 15. Factores relacionados con la enfermedad y adherencia farmacológica	87
Tabla 16. Factores relacionados con el tratamiento y adherencia farmacológica	89
Tabla 17. Factores relacionados con el sistema de salud y adherencia farmacológica	91
Tabla 18. Adherencia No farmacológica	92
Tabla 19. Cambios en los estilos de vida en pacientes con HTA	93/94
Tabla 20. Factores sociodemograficos y adherencia no farmacológica	95
Tabla 21. Factores relacionados con la enfermedad y adherencia no farmacológica	97
Tabla 22. Factores relacionados con los estilos de vida y adherencia no farmacológica	99/100
LISTA DE FIGURAS	
Figura1: Posibles combinaciones de tipos de fármacos antihipertensivos	42

ANEXOS

1. Variables del estudio (operacionalización de variables)	122
2.Encuesta propuesta de la investigación	128
3. Consentimiento informado	136

RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica (HTA), una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, es un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a países desarrollados y países en vías de desarrollo ⁽¹⁾.

En Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut) realizada entre 2011 y 2013, el 9,3% de la población de entre 18 y 59 años, padece esta enfermedad ⁽⁴²⁾.

La HTA, es definida por una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 140mmHg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 90mmHg⁽⁹⁾. Es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiencia renal⁽⁸⁾.

A pesar de estos alarmantes datos, en Ecuador sólo una de cada dos personas hipertensas conoce su condición ⁽⁹⁻⁴²⁾.

La HTA es una enfermedad prevenible si se disminuyen factores que se ha identificado contribuyen a su desarrollo, tales como; dietas elevadas en grasas saturadas, alta ingesta de sodio, tabaquismo e inactividad física; de este modo se previenen además comorbilidades como obesidad, dislipidemia y diabetes, que son factores de riesgo para la HTA⁽³⁾.

La detección temprana de HTA, su tratamiento apropiado y el control sostenido de la tensión arterial, produce importantes beneficios sanitarios y de índole económica⁽¹⁾.

La adherencia al tratamiento de la hipertensión, consistente en la aplicación de medidas farmacológicas y cambios en el estilo de vida, juega un papel importante para el control de la presión arterial y la reducción de las complicaciones de la hipertensión.

Estudios previos han demostrado que la adherencia a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre el 50 y 70%; en cuanto al tratamiento no farmacológico, se

estima que la adherencia se mantiene en porcentajes similares, aunque la información en este campo es muy limitada.

La adherencia al tratamiento puede estar condicionada por los siguientes tipos de factores: sociodemográficos, relacionados con el paciente, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y relacionados con el sistema de salud ⁽⁴⁾. Cada uno de estos factores gira en torno al paciente.

Las cinco dimensiones enunciadas interactúan entre sí, y pueden ser utilizadas con el enfoque de establecer un mejor nivel de adherencia a la terapéutica prescrita. Sin embargo, los resultados no siempre son favorables, provocando niveles bajos de adherencia, lo que los convierte en objetos de estudio para conocer que engloba cada dimensión y cómo influye cada uno sobre la adherencia. Este cumplimiento de la terapéutica prescrita no es únicamente responsabilidad del paciente, es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud, el sistema político y las redes de apoyo, para fomentar mejores niveles de adherencia al tratamiento integral.

El presente estudio, es de tipo descriptivo transversal, y fue realizado con el propósito de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y su relación con los principales factores condicionantes de acuerdo a lo descrito en la literatura.

Para esto se realizó una encuesta a 191 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica Esencial (HTA) que asistieron durante los meses de marzo y abril del año 2014 a la consulta externa de medicina interna del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha, ubicado en la provincia de Esmeraldas. La encuesta estuvo conformada por 57 preguntas, enfocadas en los factores condicionantes de la adherencia terapéutica, el test de Morisky Green para estudiar la adherencia al

tratamiento farmacológico y una encuesta propia para la adherencia al tratamiento no farmacológico.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS. Los resultados muestran un grupo de estudio con muy baja adherencia al tratamiento farmacológico (4,7%) y aun más baja para el no farmacológico (0,5%).

En cuanto a los cambios en el estilo de vida motivados para los pacientes con HTA, este estudio muestra que un bajo porcentaje de los pacientes hipertensos mantiene: una actividad física diaria (15,7%), el tipo de actividad física habitual es caminar (39,8%). La frecuencia del consumo de grasas (46,6%), harinas (32,5%) y azúcares (37,7%) es una vez por semana respectivamente, el consumo de frutas es diario (40,3%), y el consumo de sal es moderado (51,8%). El hábito pernicioso de consumir cigarrillo es bajo (8,4%). A pesar de una práctica moderada de hábitos saludables, la adherencia al tratamiento no farmacológico en forma integral es ínfima.

Entre los factores que condicionan esta adherencia están en primer lugar las características sociodemográficas; destacándose el nivel de instrucción alto ($p=0,017$) que guarda estrecha relación con el tratamiento farmacológico; y el grupo etario ($p=0,000$), en el que resalta el adulto joven, en relación al tratamiento no farmacológico. En cuanto a los factores relacionados con la enfermedad el más influyente fue el alto nivel de conocimiento acerca de la HTA ($p=0,000$), tanto para el tratamiento farmacológico como para el no farmacológico. Además, entre los factores relacionados con el tratamiento resaltaron la percepción de fracasos a tratamientos anteriores ($p=0,08$) significativa para la adherencia al tratamiento farmacológico.

Estos hallazgos deben servir para diseñar mecanismos que permita incentivar los niveles de adherencia al tratamiento integral en pacientes con HTA.

Palabras claves: hipertensión, adherencia al tratamiento, estilo de vida.

SUMMARY

Systemic Arterial Hypertension (AHT), a major non-communicable chronic disease represents a public health problem that disproportionately affects developed and developing countries(1). In Ecuador, according to the National Health Survey (ENSANUT) conducted between 2011 and 2013, 9.3% of the population aged 18 to 59, suffers from this disease (17).

AHT is defined as systolic blood pressure (SBP) 140 mmHg or greater and / or diastolic blood pressure (DBP) equal to or greater than 90 mmHg (9). It is one of the major causes of cardio- and cerebrum- vascular disease, and kidney failure.

Despite these alarming statistics, in Ecuador only one of two hypertensive people are aware of their status (9-17).

AHT is a preventable disease if decreases in factors identified to contribute to its development are achieved. Main conditioners of AHT are: highly saturated fat diets, high sodium intake, smoking and physical inactivity. If these factors are avoided, further comorbidities such as obesity, dyslipidemia, and diabetes, which represent further risk factors for AHT are also prevented (3).

Early detection of AHT, jointly with its proper treatment and sustained control of blood pressure, causes significant health and economic benefits (1).

Adherence to hypertensive treatment consisting in the application of pharmacological measures and changes in lifestyle, plays an important role in controlling blood pressure and reducing its long term complications.

Previous studies have shown that adherence to pharmacotherapy for hypertension varies between 50 and 70%; for the non-pharmacological treatment it is estimated that adherence remains at similar rates, although information in this field is very limited.

Scientific literature describes that adherence might be influenced by the following kinds of factors: sociodemographic, patient-related, disease-related, treatment-related and system-related health (4). Each of these factors relates to the patient and his/her conditions.

The above mentioned five dimensions interact with each other and can be used as an approach to establish a higher level of adherence to the prescribed therapy. However, results of this kind of interventions are not always favorable, resulting in still low levels of adherence, which makes these dimensions a suitable study object that includes questions about what each of them encompasses and how they influence adherence. Compliance with the prescribed therapy is not only patient's responsibility, it is shared with the health system, the political system and the support networks; all of them promote higher levels of adherence to integral treatment.

The present cross-sectional study, was carried out with the aim to assess the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment among AHT patients and to establish its relation to the main conditioning factors described in the literature.

To achieve this objective, a survey amongst 191 patients diagnosed with essential Systemic Arterial Hypertension attending the outpatient department of internal medicine department at Delfina Torres Concha provincial hospital in Esmeraldas was conducted during March to April 2014. The survey consisted of 57 questions focused on the key determinants of adherence to prescribed therapy; the Morisky Green's test was used to assess adherence to pharmacological treatment and a self-designed survey evaluated adherence to non-pharmacological treatment.

Data analysis was performed using SPSS program.

Results show very low adherence to pharmacological treatment (4.7%) and even lower level of adherence for the non-pharmacological therapy (0.5%) among this study group.

As for the lifestyle changes, this study shows that 15.7% of all hypertensive patients perform daily physical activity, being the most frequent type of regular physical activity walking (39.8%). A relatively high frequency of weekly fat, carbohydrates (32.5%) and sugar (37.7%) consumption (46.6%), was also found. Daily consumption of fruits was reported by 40.3% of our interviewees, and 51.8% had a moderate salt intake. Prevalence of the pernicious habit of cigarette consumption is low (8.4%). Despite most patients reported a moderate practice of each healthy habit individually, adherence to the whole comprehensive non-pharmacological treatment is negligible.

Main factors influencing adhesion to the integral AHT therapy are: sociodemographic characteristics where a high level of education ($p = 0.017$) shows a significant relation with adherence to pharmacological treatment and for age groups, being a young adult ($p = 0.000$) is in relation to high adherence to non-pharmacological treatment. As for factors associated with the disease, the most influential was having a high-level of knowledge about hypertension ($p = 0.000$); for both, pharmacological and non-pharmacological treatment. Factors related to the treatment, and specially the perception of failures in previous treatments ($p = 0.08$) were significantly related with a higher adherence to pharmacological treatment.

Keywords: hypertension, treatment adherence, lifestyle

INTRODUCCION:

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de defunciones a nivel mundial. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares. (1)

El informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles 2010, reporta que casi el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares corresponde a países de ingresos bajos y medianos. (2)

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y la segunda causa de morbilidad en América Latina. Esto se debe en parte a una transición epidemiológica que, al adoptar estilos de vida urbano-industriales perniciosos e inadecuados, se convierte en factores de riesgo, los cuales provocan un aumento de la frecuencia de dichas enfermedades. (2)

En Ecuador la primera causa de muerte en el año 2008 fue la Diabetes Mellitus con una tasa de 25,4 por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2010 lo fue la enfermedad hipertensiva (30,3), seguida de la diabetes mellitus (28,3) la influenza y neumonía (23,7). (3)

En la población Ecuatoriana, en el año 2011 la hipertensión arterial esencial reporta el mayor número de casos de mortalidad con 8.653. De estos, el 58.14 % corresponde a los hombres y el 41.86 % a mujeres.(3)

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial sistémica es considerada como un factor de riesgo cardiovascular que predispone

al individuo a una serie de comorbilidades cardiovasculares. La hipertensión arterial, de la mano de otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus, aumentan marcadamente la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. (1)

Su detección temprana, la instauración de un tratamiento integral, y la adherencia al tratamiento por parte del paciente, permiten disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad generada por la hipertensión.

La HTA no debe ser considerada como un problema aislado, solo como cifras superiores a la normotensión; el paciente hipertenso debe ser abordado bajo la visión del riesgo cardiovascular global. Se deben realizar intervenciones destinadas a modificar aquellos factores que lo permitan, como es el caso de los hábitos higiénico-dietéticos (4)

El abordaje terapéutico de la hipertensión no solo se basa en medidas farmacológicas antihipertensivas, sino en medidas que promueven cambios en el estilo de vida, con la finalidad que la alimentación, el ejercicio y la mejora de hábitos perniciosos permitan contrarrestar la obesidad, la hipercolesterolemia y el sedentarismo. También se busca incentivar el dejar de fumar y la disminución del consumo de alcohol; así como prevenir el desarrollo de otras enfermedades como la diabetes. (4)

Sin embargo, a pesar de los actuales tratamientos farmacológicos antihipertensivos, y la implementación de medidas educativas que se enfocan a fomentar cambios en los estilos de vida que son el complemento estratégico para mantener niveles de

presión arterial controlados, se observa que persisten pacientes hipertensos mal controlados. Este déficit se puede deber a una serie de factores, incluida la falta de adherencia al tratamiento terapéutico antihipertensivo (5).

La OMS en el año 2004 definió a la adherencia terapéutica como: *“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*.(5)

Estudios Españoles que abordan la situación de la adherencia terapéutica con un seguimiento por varios años, señalan que del 29 % al 56 % de los hipertensos toman la medicación en la forma indicada (6). Otro estudio en una población de 234 trabajadores con enfermedades crónicas o con enfermedades de larga duración que acudían al Servicio de Prevención en Madrid, valoró el incumplimiento del tratamiento farmacológico, reportando que un 86% adhiere a la medicación y el 14% restante comenta no seguir las recomendaciones en este aspecto. También se investigó el incumplimiento respecto a la dieta y al ejercicio físico, encontrándose que un 49% de los participantes en la investigación dijo no adherirse a la dieta, y en el caso del ejercicio físico, el 39% de los trabajadores aparece como incumplidores (7).

A pesar de existir claridad acerca de la cooperación que debe existir entre médico y paciente para mantener una óptima adherencia al tratamiento, hay que destacar que entre una definición y su aplicación en el día a día de la atención médica existe una brecha marcada, que se debe a factores que, sin duda, intervienen en la determinación a la adherencia terapéutica (5).

Se han identificado 5 grandes grupos de factores que inciden en la adherencia al tratamiento: factores socioeconómicos, factores relacionados a la enfermedad, factores relacionados al tratamiento, factores relacionados al paciente y factores relacionados al equipo asistencial (4). Estos aspectos se encuentran relacionados, y permiten visualizar que la adherencia al tratamiento es un trabajo conjunto entre el equipo médico, el paciente y sus familiares.

La OMS (2004) presentó un informe que hace una reseña crítica sobre lo que se conoce acerca de la adherencia a los tratamientos a largo plazo; en ella se plantea que: “La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud” (5).

El análisis de esta problemática se enfoca en: el diagnóstico de la hipertensión arterial, el hecho de que el paciente acepte y conozca acerca de su enfermedad, las repercusiones que conlleva, y como mantenerse en control mediante una adecuada adherencia al tratamiento integral que hará frente a la hipertensión. De forma teórica esto parece sencillo, pero en la práctica la adherencia puede verse afectada por múltiples factores personales, familiares y sociales que influyen en la aceptación de la enfermedad y en el cumplimiento a cabalidad del tratamiento terapéutico. En el caso de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial o diabetes, este tratamiento será a largo plazo y no solamente requiere la toma de fármacos a horas determinadas, sino que también exigirá disciplina para modificar estilos de vida que repercuten en la enfermedad (5).

CAPITULO II. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

1. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES.

La Hipertensión Arterial (HTA) se define como una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 140mmHg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 90mmHg. Es considerada como una enfermedad crónica, y a su vez, constituye uno de los factores de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares (8).

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, sino también factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables. Entre los factores de riesgo modificables tenemos: los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad) y los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés). Entre los factores de riesgo no modificables tenemos la edad, el género, el grupo étnico (afrodescendientes), y la predisposición genética (8).

La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades, pero con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años. Por lo general es asintomática, pero ocasiona daño significativo en los denominados órganos blancos si no recibe un tratamiento oportuno.

2.EPIDEMIOLOGÍA

La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública: además de ser una patología crónica altamente prevalente, a nivel mundial se ubica como la tercera causa de años potencialmente perdidos. La hipertensión arterial sistémica ocasiona preocupación por las complicaciones que puede generar: insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual (9).

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas al año y representa 12.8% del total de las muertes; además, se estima que uno de cada tres adultos posee presión alta (10).

Las investigaciones indican que aproximadamente un 62 % de los accidentes cerebrovasculares y un 49 % de los ataques cardíacos, están causados por la hipertensión.

En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. Cerca de 50 millones de americanos presentan presión arterial elevada, de los cuales, solo 70% conoce su diagnóstico, 59% recibe tratamiento, y 34% está controlado de forma adecuada (8).

Tabla 1: PREVALENCIA, TRATAMIENTO Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN VARIOS PAÍSES LATINOAMERICANOS.

PAISES	Prevalencia Hipertensión %	Hipertensión Tratamiento %	Hipertensión Controlada %
Argentina	28.1	42	18
Brasil	25 – 35	40.5	10.2
Chile	33.7	36.3	11.8
Colombia	23	46	15
Ecuador	28.7	23	6.7
México	30.8	23	19.2
Paraguay	35	27	7
Perú	24	14.7	14
Uruguay	33	48	11

Fuente: Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial *Revista Chilena de Cardiología* - Vol. 29 Nº1, 2010

Nota: La tabla 1 muestra la prevalencia de HTA, un estimado del porcentaje de pacientes que se encuentra recibiendo tratamiento y el porcentaje de pacientes que tienen su enfermedad bajo control sistematizado y resumiendo datos obtenidos de encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados de varios países latinoamericanos.

2.1 Hipertensión Arterial en el Ecuador

Se estima que la prevalencia de HTA en el Ecuador es de un 28-32%, o lo que es lo mismo: uno de cada tres ecuatorianos es hipertenso. De estos, el 23% se encuentra en tratamiento y solamente el 7,6% está controlado (9).

Para el año 2010 la tasa de mortalidad general en adultos mayores con edades comprendidas entre los 36 y 65 años, fue de 35,6 por 1.000 habitantes; de estas muertes, 50,9% fueron en hombres. Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio.

La tasa de mortalidad general masculina en 2010 fue 49,6 por 10.000 habitantes. Las dos primeras causas de mortalidad masculina en 2010 fueron los accidentes de tránsito (37,2 por 100.000 habitantes) y la enfermedad hipertensiva (31,3 por 100.000 habitantes).

En las mujeres para ese mismo año, la tasa de mortalidad alcanzó 37,8 por 100.000 habitantes; la primera causa de muerte fue la diabetes mellitus (31,6 por 100.000 habitantes), seguida por enfermedad cerebrovascular (24,9 100.000 habitantes) y enfermedad hipertensiva (29,6 100.000 habitantes) (11).

La mayor tasa de prevalencia de hipertensión está en la provincia de Manabí, que para el año 2000, tuvo una prevalencia de 453,9 y para el 2009 de 2.261,67 por cada 100.000 habitantes; la sigue Esmeraldas, donde para el año 2000, la tasa de prevalencia fue de 452,8 y para el 2009, de 2.223,31 por cada 100.000 habitantes.

Esmeraldas es una de las provincias con mayor incidencia de personas hipertensas. En el hospital provincial Delfina Torres Vda. De Concha, en los primeros cuatro meses del presente año, se han atendido 897 pacientes hipertensos (12).

3. CLASIFICACIÓN DE HTA EN ADULTOS

Diferentes asociaciones científicas han propuesto diversas clasificaciones de HTA; a continuación se presentan dos de las más utilizadas actualmente:

La guía de las Sociedades Europeas (British Hipertension Society, European Society Hipertension, European Society Cardiology, Sociedad Española de Hipertension) basada en la clasificación de la guía de la Organización Mundial de la Salud (WHO-ISH) (Tabla 2); y la del Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. (JNC VII). (Tabla 3)

Es importante resaltar que en el pasado se hacía énfasis solo en las cifras de presión arterial diastólica (PAD), pero actualmente se da igual importancia, tanto a la presión arterial diastólica como a la presión arterial sistólica (PAS).

Tabla 2: CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS SEGÚN BHS-ESH-ESC Y OMS

<i>CATEGORIA</i>	<i>Presión Arterial Sistólica (mm Hg)</i>	<i>Presión Arterial Diastólica (mm Hg)</i>
Optima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal Alta	130 - 139	85 – 89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140 – 159	90 – 99
Estadio 2	160 – 179	100 – 109
Estadio 3	180 - 209	110 – 119

Fuente: British Hipertension Society (BHS). European Society Hipertension (ESH).European Society Cardiology (ESC).Sociedad Española de Hipertensión (SEH) Año 2013.

Tabla 3: CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS, SEGUN JNC VII

<i>CATEGORIA</i>	<i>Presión Arterial Sistólica (mm Hg)</i>	<i>Presión Arterial Diastólica (mm Hg)</i>
Normal	< 120	<80
Pre hipertensión	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSIÓN		
Estado 1	140 – 159	90 – 99
Estado 2	> 160	> 100

Fuente: VII Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: 2003

El séptimo reporte del JNC ha creado la categoría prehipertensión para dar mayor importancia a un estado pre mórbido; además une bajo una sola categoría la antigua hipertensión arterial grado 2 y 3 al considerar que tienen el mismo riesgo de morbilidad y mortalidad. Adicionalmente, plantea tener en cuenta los otros factores de riesgo cardiovascular y la evidencia de lesión de órgano blanco para la clasificación de los pacientes con HTA (13).

4. ETIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.

La hipertensión arterial sistémica se clasifica en dos grupos de acuerdo a su etiología:

4.1.- HTA PRIMARIA, ESENCIAL O IDIOPÁTICA.

Sin una causa clara; corresponde del 90 al 95% de los pacientes hipertensos. Se han descrito diversos factores asociados sin que ninguno sea definitorio para su desarrollo: genéticos, estilo de vida (sobrepeso u obesidad, ocupación, ingesta de alcohol, exceso de consumo de sal, sedentarismo), estrés ambiental, hiperactividad del sistema simpático, entre otros.

4.2.- HTA SECUNDARIA.

Cursa con una alteración orgánica o un defecto genético identificable que explica los valores altos de presión arterial. Se presenta aproximadamente en el 5% de los casos. La historia clínica (examen físico y anamnesis) y los test laboratorio pueden identificar sus cambios. Se debe sospechar hipertensión secundaria en pacientes que presentan hipertensión antes de los 20 años o después de los 50 o 55 años; o en aquellos casos refractarios a la terapia farmacológica adecuada (10).

Las causas de hipertensión arterial secundaria son:

- *Fármacos: Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), estrógenos, corticoides, simpaticomiméticos, algunos antigripales.*
- *Enfermedad renal.*
- *Hipertensión renovascular*
- *Hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing*
- *Feocromocitoma*
- *Coartación de la aorta*
- *Enfermedades tiroideas y paratiroideas.*

5. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Los factores de riesgo son condiciones, hábitos o enfermedades que están asociadas a la probabilidad de desarrollar una enfermedad: cuando una persona tiene un factor de riesgo para una enfermedad aumenta la probabilidad de que padezca esa enfermedad. Es importante saber que no necesariamente la tendrá y también que hay personas que sin tener factores de riesgo conocidos la desarrollan. (14)

Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de hipertensión arterial podemos identificar dos grupos: los modificables y los no modificables (tabla 4).

Tabla 4: FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN
<u>FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES</u>	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistémica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian a mas factores de riesgo.
GENERO	La HTA y la ECV son más frecuentes en mujeres perimenopáusicas. La enfermedad cerebro vascular de origen oclusivo se presenta con mayor frecuencia en hombres.
ETNIA	La HTA es más frecuente en personas afrodescendientes.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.
<u>FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES</u>	
SEDENTARISMO	La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor de desarrollar HTA.
SOBREPESO	El sobrepeso (IMC > 25) se asocia con 6 veces más probabilidad de padecer HTA. La obesidad (IMC>30) se asocia significativamente con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso, la PAS aumenta de 2 a 3 mmHg y la PAD aumenta de 1 a 3 mmHg en promedio.
DIABETES MELLITUS	La Diabetes Mellitus aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de HTA, además conlleva daño vascular y dislipidemias.
DISLIPIDEMIA	El aumento del colesterol LDL conduce a padecer una enfermedad coronaria y HTA
DIETA	Un alto consumo de sodio (sal) y el bajo consumo de potasio esta asociado a HTA. El consumo de grasas saturadas de origen animal es un factor de riesgo para

	hipercolesterolemia, en especial aumento de LDL, y por esta vía, de presión arterial. .
TABACO	Los fumadores presentan el doble de probabilidades para padecer HTA
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol/ día, aumenta la PAS en 1 mm Hg y la PAD EN 0.5 mmHg.

Fuente: Fuente: Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la hipertensión arterial. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS •Sin Año. Recuperado el 13 de Abril del 2014. Página Web. www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiaamps/guias13.pdf

6. DIAGNÓSTICO

6.1.- Toma de la presión arterial

La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial. Las variaciones de la medida de la presión arterial dependen del paciente, del observador y de la técnica propiamente (tabla 5), siendo imposible estandarizar completamente todos estos aspectos.

Tabla 5: CONDICIONES PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

CONDICION DEL PACIENTE	La toma de la TA debe ser luego de 5 min de reposo Evitar ejercicio previo No haber fumado o ingerido cafeína en la última media hora. Evitar antebrazos apoyados El paciente debe estar tranquilo y tener la vejiga vacía Evitar hablar durante la toma.
CONDICIONES DEL EQUIPO	Preferiblemente esfigmomanómetro de mercurio Manómetro anerode o aparato electrónico para el brazo validado y calibrado preferiblemente en los últimos 6 meses o al menos 1 vez al año.
MANGUITO	El largo de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 80 % del brazo. El ancho de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 40 % del brazo.
TOMA DE LA MEDIDA COLOCACION DEL MANGUITO	Colocar y ajustar sin holgura y sin que comprima. Retirar toda prenda del brazo, dejar descubierto y evitar enrollar las mangas. Dejar libre el pliegue del codo (fosa antecubital, manguito debe estar colocado 2 centímetros por encima de este). Colocar el centro de la cámara neumática sobre la arteria braquial. El brazo con el manguito debe quedar a nivel del corazón.
TECNICA	Establecer primero la PAS por palpación de la arterial braquial. Inflar el manguito 20 mm Hg por encima de la PAS estimada por método palpatorio. Desinflar el manguito a 2 mmHg/ Seg. Usar la fase I de <u>Korotkoff</u> para la PAS y la V para la PAD.

	La TA se debe tomar con el paciente relajado y con la espalda, pies y brazos apoyados.
MEDIDAS.	Mínimo 2 medidas promediadas con intervalo de 2 min; realizar una toma adicional si hay cambios de más de 5 mm Hg Si al momento de hacer el diagnóstico de HTA se encuentra una cifra mayor en alguno de los brazos, la cifra mayor es la más significativa. La toma de pie se hace para buscar hipotensión postural.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la hipertensión arterial. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS •Sin Año. Recuperado el 13 de Abril del 2014. Página Web.
www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiaimps/guias13.pdf

Para la toma de la presión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado, equipo calibrado y tamaño adecuado del equipo.
- Personal médico (médico general o especialista) y de enfermería capacitado y entrenado.
- Personal con capacidad para establecer el significado de los datos obtenidos en la toma.

6.2.- Evaluación clínica del paciente

La evaluación del paciente con una HTA documentada; se realiza por medio de la historia clínica (síntomas, antecedentes, examen físico); exámenes de laboratorio y otros procedimientos.

Los objetivos de la evaluación clínica del paciente son:

- Describir el estilo de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular o desordenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y condicionar el tratamiento.
- Estratificación del riesgo cardiovascular.
- Investigar causas identificables de elevación de la presión arterial
- Confirmar la presencia o ausencia de lesión en órgano diana y enfermedad cardiovascular

El examen físico incluirá:

- *Peso, talla, IMC, perímetro abdominal*
- *Valoración del estado cognitivo del paciente .*
- *Presión arterial en ambos miembros superiores, sentado y acostado (de pie si fuese necesario)*
- *Fondo de ojo*
- *Palpación simétrica de pulsos periféricos*
- *Palpación del tiroides*
- *Maniobras para detectar la presencia de ingurgitación yugular*
- *Auscultación de vasos del cuello*
- *Índice tobillo-brazo especialmente en pacientes mayores de 70 años y pacientes entre 50-69 años que fumen o con diabetes*
- *Palpación y auscultación cardiopulmonar*
- *Palpación y auscultación abdominal*
- *Maniobra para detectar la presencia de edemas*

6.3.- Evaluación por laboratorio

Los datos obtenidos en el interrogatorio y en el examen físico pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo. Sin embargo, algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial pueden aportar información adicional acerca de la etiología de la hipertensión arterial; así como del grado de afectación de los órganos diana.

Tabla 6: EXÁMENES PARA VALORACIÓN BÁSICA EN PACIENTES CON HTA.

EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS	
EXAMENES REALIZADOS	UTILIDAD PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES O SIGNOS CONCOMITANTES.
Hemoglobina y hematocrito	Anemia, Policitemia
Elemental y microscópico de orina	Glucosuria, proteinuria, hematuria, leucocituria, densidad urinaria
Microalbuminuria	Fallo renal
Glucemia Basal	Diabetes Mellitus, glucemia alterada del ayuno, intolerancia a la glucosa
Creatinina Sérica	Falla renal.
Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos	Dislipidemia, Hiperlipidemia
Potasio sérico	Hiperaldosteronismo primario o secundario. Hipertensión: espironolactona, IECA Hipopotasemia: Tiazidas, Diuréticos de ASA
EXÁMENES DE GABINETE.	
Electrocardiograma	Hipertrofia ventricular izquierda, arritmias.
Eco de grandes vasos	Arterioesclerosis
Ecocardiograma	Mayor especificidad y sensibilidad que EKG para determinar hipertrofia ventricular izquierda y alteración de la relajación diastólica
Radiografía de torax.	Hipertrofia ventricular izquierda.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador junio-2011. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

7. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La presión arterial y el deterioro de órganos diana debe evaluarse por separado, puesto que pueden encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos; y por el contrario, la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, ya que depende también del tiempo de evolución de la enfermedad.

Las principales complicaciones de la HTA se dan en los siguientes órganos o sistemas:

Cardíaco:

La compensación cardíaca de la excesiva carga de trabajo impuesta por el incremento de la presión arterial sistémica, al principio se logra mediante hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, caracterizada por aumento del espesor de la pared ventricular. Al avanzar la enfermedad, se deteriora la función de esta cámara y la cavidad se dilata, apareciendo signos y síntomas de insuficiencia cardíaca.

Neurológico:

Las cefaleas occipitales, más frecuentes por la mañana, constituyen uno de los síntomas precoces más notables de la hipertensión. Pueden observarse mareos, inestabilidad, vértigo, acufenos y visión borrosa o síncope, pero las manifestaciones más graves se deben a oclusión vascular, hemorragias o encefalopatía.

Renal:

Las lesiones arterioscleróticas de los glomérulos y de las arteriolas aferente y eferente, son las lesiones vasculares renales más frecuentes en la hipertensión, y causan disminución del filtrado glomerular y disfunción tubular.

Ojos:

Las complicaciones más comunes que se observan a nivel de retina son: aumento de la luminosidad de los vasos retinarios, cruces arteriovenosos, hemorragias o exudados, y por último, papiledema.

La siguiente tabla resume las principales consecuencias de la Hipertensión Arterial Sistémica así como los medios para diagnosticar cada una de ellas

Tabla 7: COMPLICACIONES DE LA HTA SEGÚN LESIÓN DE ÓRGANO BLANCO Y EXÁMENES NECESARIOS PARA SU DIAGNÓSTICO.

SISTEMA	TIPO DE LESION	AYUDAS DIAGNÓSTICAS.
CORAZÓN	Enfermedad coronaria Hipertrofia Ventricular Izquierda Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Examen físico ECG Radiografía de tórax Ecocardiograma.
CEREBRO	Accidente isquémico transitorio Evento cerebrovascular	Examen físico Evaluar pulsos Fondo de ojo Exámen neurológico TAC, RMN
OJO	Aumento de la luminosidad de los vasos Cruces arteriovenosos Hemorragias o exudados Papiledema	Examen de fondo de ojo
RIÑÓN	Insuficiencia renal	Examen físico: evaluar masas y soplos renales Creatinina Sérica aumentada Tasa de filtración glomerular calculada Microalbuminuria Proteinuria Parcial de orina
ARTERIA/VENAS PERIFÉRICAS.	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es patológica.	Examen pulsos por palpación y auscultación

Fuente: **Fuente:** Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la hipertensión arterial. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS •Sin Año. Recuperado el 13 de Abril del 2014. Página Web. www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiaamps/guias13.pdf

8. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Los objetivos del tratamiento antihipertensivo deben incluir:

- a) Control estricto de la presión arterial.
- b) Control de los factores de riesgo asociados
- c) Prevención, regresión o retraso de la progresión de las lesiones de órgano diana
- d) Prevención o retraso de la transición a alto riesgo cardiovascular.

Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos mayores de 50 años, alcanzarán el valor considerado como meta específica en la PAD después de haber llegado a una PAS normal el enfoque primario da importancia a conseguir el objetivo de PAS. Cuando el tratamiento reduce la presión arterial diastólica y sistólica hasta la meta de 140/90 mmHg respectivamente, ocurre un descenso en las complicaciones cardiovasculares (15).

En los ensayos clínicos, una adecuada terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones de un 35 -40 % en incidencia de infartos cerebrales, de un 20-25% en el infarto de miocardio, y en más de un 50 % para la insuficiencia cardíaca (15).

8.1.- Recomendaciones generales

La adecuada toma de decisiones terapéuticas en pacientes hipertensos debe estar encaminada, no sólo a bajar las cifras de presión arterial, sino también al manejo de otros factores de riesgo cardiovascular asociados, como son diabetes mellitus, presencia y severidad de la afectación cardiovascular y renal, así como de otras patologías asociadas (14).

El tratamiento de la HTA, sea únicamente no farmacológico o con inclusión de fármacos, tiene carácter indefinido, por lo que es imprescindible una buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente. Antes de comenzar el

tratamiento se debe informar al enfermo sobre la naturaleza de su proceso y sobre los objetivos de la terapéutica antihipertensiva, enfatizando que esta se basa en la recuperación de la esperanza y calidad de vida de los pacientes hipertensos

Las medidas generales incluyen:

1. Recomendar siempre el tratamiento conductual (estilo de vida saludable).
2. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, siempre bajo la valoración directa de su médico tratante.
3. Descartar inicialmente los medicamentos que estén contraindicados en los que haya antecedentes de efectos adversos o no efectividad.
4. Prescribir el antihipertensivo que, además de reducir la presión arterial, beneficie a cada paciente en particular.
5. Reducir la presión arterial (PA) lo más pronto posible, hasta alcanzar la meta.
6. Utilizar las dosis de los distintos fármacos que logren el efecto óptimo con mínimos efectos adversos.
7. Esperar un mínimo de cuatro semanas para evaluar la respuesta terapéutica antes de modificar el esquema.
8. Si no se logra la meta, pero sí hay respuesta, combinar con otro fármaco.
9. Si no hay respuesta con determinado fármaco o este no fue tolerado, cambiar a otro grupo farmacológico.
10. Si con dos medicamentos no se logra el control, agregar un tercero, considerando siempre inicialmente un natriurético a dosis bajas.
11. Utilizar medicamentos de acción prolongada, con una efectividad cercana o mayor a 24h.
12. Hay que considerar siempre el tratamiento combinado, en cualquier tipo de hipertensión. Este debe administrarse en una misma tableta, a fin de lograr el efecto antihipertensivo lo más pronto posible y favorecer la adherencia (15)

8.2.- Estratificación del riesgo cardiovascular.

Se valora el perfil individual de cada paciente en base a parámetros tales como: edad, sexo, etnia , hábitos generales, etc (tabla 8); estos datos sirven para realizar una estratificación del riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos, que es la base para establecer la estrategia terapéutica adecuada en cada persona. El riesgo cardiovascular se define como el riesgo de tener un accidente cardiovascular o cerebral en 10 años; se calcula considerando: presencia de factores de riesgo; daño orgánico clínico y subclínico; y presencia de síndrome metabólico y diabetes, la cual constituye un factor de riesgo independiente. Se clasifica en bajo (< 15%), moderado (15 a 20%), alto (20 a 30%) o muy alto (> 30%).

Las recientes Guías de HTA de las Sociedades Europeas de Cardiología incluyen una propuesta de estratificación de riesgo basado, por un lado, en las cifras de PA y, por otro, en la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tales como: diabetes, diagnóstico de síndrome metabólico, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular clínica.

Con base en lo anterior se ha elaborado un diagrama que estratifica el riesgo cardiovascular en cuatro categorías, dadas por la PA, que puede ser normal, normal alta o HTA grados 1, 2 y 3 (según clasificación de Guías Europeas), más los otros factores. Esto genera grupos de pacientes sin factores de riesgo, con 2 ó menos factores y con 3 ó más, o que son portadores de síndrome metabólico, el cual por sí solo es un factor de riesgo mayor (tabla 9).

Tabla 8: FACTORES PARA CUANTIFICAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SUS CONSECUENCIAS.

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Daño orgánico subclínico</i>	<i>Daño orgánico establecido</i>
Hombres > 55 años. Mujer >65 años Tabaquismo Dislipidemias Colesterol total >200 mg/dl Colesterol LDL > 130 mg/dl Colesterol HDL <40 mg/dl Historia familiar de enfermedad cardiovascular. Vida sedentaria Perímetro abdominal en hombres >90 cm y en mujeres > 80 cm.	Hipertrofia del ventrículo izquierdo Grosor de íntima/media carotídea Ateromas Creatinina en hombres: > 1.5 mg/dl y en mujeres > 1.4 mg/dl. Microalbuminuria Glucemia alterada en ayuno 100 a 125 mg/dl.	Enfermedad vascular cerebral isquémica o hemorrágica. Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardíaca Nefropatía diabética Insuficiencia renal. Retinopatía IV Insuficiencia arterial periférica Diabetes.

Fuente: Latin American Guidelines on hypertension. Latin American Expert Group. J Hypertens 2009; 27:905-922.

TABLA 9: RIESGO CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL.

	<i>PREHIPERTENSION *</i>		<i>HTA GRADO I *</i>	<i>HTA GRADO II *</i>	
<i>Otros FRCV, LOD O enfermedad establecida **</i>	<i>Normal. PAS 120-129 PAD 80-84</i>	<i>Normal Alta PAS: 130-139 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado 1 PAS: 140-159 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado 2 PAS: 160-179 PAD: 100-109</i>	<i>HTA Grado 3 PAS: >180 PAD: >110</i>
<i>Sin otros factores de riesgo cardiovascular</i>	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO AÑADIDO BAJO	RIESGO AÑADIDO MODERADO	RIESGO AÑADIDO ALTO
<i>1 – 2 FRCV</i>	RIESGO AÑADIDO BAJO	RIESGO AÑADIDO BAJO	RIESGO AÑADIDO MODERADO	RIESGO AÑADIDO MODERADO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO
<i>3 o más FRCV, LOD, diabetes o síndrome metabólico</i>	RIESGO AÑADIDO MODERADO	RIESGO AÑADIDO ALTO	RIESGO AÑADIDO ALTO	RIESGO AÑADIDO ALTO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO
<i>Enfermedad cardiovascular o renal establecida</i>	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO	RIESGO AÑADIDO MUY ALTO

Fuente: RevEspCardiol. 2008;61:861-79. - Vol. 61 Núm.08

* Clasificación del JNC VII

** FRCV= Factor de riesgo cardio vascular, LOD= Lesión de órgano diana, PAS: Presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica.

Esta clasificación además nos sirve para la toma de decisiones en cuanto a la estrategia terapéutica que puede ir desde recomendaciones de cambios en los estilos de vida hasta el tratamiento farmacológico con 1 o más fármacos.

TABLA. 10: INSTAURACIÓN DE CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO FARMACOLÓGICO.

	<i>PREHIPERTENSION *</i>		<i>HTA GRADO I *</i>	<i>HTA GRADO II *</i>	
<i>Otros FRCV, LOD O enfermedad establecida</i>	<i>Normal. PAS 120-129 PAD 80-84</i>	<i>Normal Alta PAS: 130-139 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado 1 PAS: 140-159 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado 2 PAS: 160-179 PAD: 100-109</i>	<i>HTA Grado 3 PAS: >180 PAD: >110</i>
Sin otros factores de riesgo cardiovascular	Ninguna Intervención	Ninguna Intervención	<ul style="list-style-type: none"> •Cambios de estilos de vida por meses. •Tto farmacológico si PA no controla 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tto para la PA con unobjetivo de < 140/90 	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos.
1 – 2 FRCV	Cambio de estilo de vida	Cambio de estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> •Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tto para la PA con unobjetivo de < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> •Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tto para la PA con unobjetivo de < 140/90 	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90.
3 o más FRCV, LOD, diabetes o síndrome metabólico	Cambio de estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> •Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tto para la PA con unobjetivo de < 140/90 	Cambios en el estilo de vida + Tto para la PA con un objetivo de < 140/90	Cambios en el estilo de vida + Tto. para la PA con un objetivo de < 140/90	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90
Enfermedad cardiovascular o renal establecida	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90.	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90	Cambios de estilo de vida + tto inmediato con fármacos. con un objetivo de < 140/90

Fuente: RevEspCardiol. Año 2008; 61:861-79. - Vol. 61 Núm.08

* Clasificación del JNC VII

FRCV= Factor de riesgo cardio vascular, LOD= Lesión de órgano diana, PAS= Presión arterial sistólica, PAD= Presión arterial diastólica. Tto= tratamiento

8.3- Tratamiento no farmacológico

Las modificaciones del estilo de vida, o manejo no farmacológico de la hipertensión arterial, deben instaurarse como primera medida en todos los pacientes; incluidos aquellos que por la severidad de su HTA o por su situación de riesgo, precisen de tratamiento farmacológico inicial (Tabla 11) (2).

1. **Control de peso corporal.** La obesidad es el principal factor determinante de la HTA. La reducción cuando menos del 10% del sobrepeso, combinando ejercicio dinámico, dieta reducida en calorías y en caso necesario, tratamiento farmacológico, ha demostrado ser beneficioso en la disminución del riesgo cardiovascular.
2. **Actividad física.** Se recomienda la práctica de ejercicio dinámico (ejem.: caminata, natación, bicicleta) durante 30/40 minutos, durante la mayor parte de los días de la semana, o bien incrementar ejercicio en sus actividades diarias.
3. **Consumo de sal.** Su ingestión no deberá exceder los 6 g/día; esto se logra evitando en lo posible el consumo de alimentos procesados industrialmente que incluyen a los refrescos, y limitando la sal de mesa como condimento.
4. **Dieta recomendable.** Promover el hábito de una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.
6. **Tabaquismo.** Abandonar el consumo de tabaco.

TABLA 11: MODIFICACIONES EN LOS ESTILOS DE VIDA

<i>MODIFICACIÓN</i>	<i>RECOMENDACIÓN</i>	<i>REDUCCIÓN APROXIMADA DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, RANGO</i>
Reducción de peso	Mantener normal el peso corporal. (IMC 18.5 – 24.9) Perímetro abdominal en hombres:<90 cm y en mujeres < 80 cm.	5-20 mmHg/ por cada 10 kg de peso corporal menor
Adoptar el plan de alimentación DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasa con un contenido reducido de grasa saturada y total	8 – 14 mm Hg
Reducción de sodio (sal) en la dieta	Reducir la ingesta de sal en la dieta a no más de 100 mEq/L(2.4 g de sodio o 6 gr. De cloruro de sodio) Restringir la ingesta en individuos considerados sensibles a la sal (afro descendientes)	2 – 8 mm Hg
Actividad Física	Comprometerse en actividades físicas aeróbicas regulares como una caminata rápida (30 min al día, 4 días a la semana)	4 – 9 mm Hg
Abstenerse de fumar	Abandonar el tabaquismo y permanecer en ambiente libre de exposición al humo de tabaco.	

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador junio-2011. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

8.4- Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado su eficacia en la reducción de la morbilidad y mortalidad en todos los grupos de pacientes hipertensos, independientemente de su edad, sexo o étnia. Esto a su vez disminuye los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el deterioro de la función renal, y otras complicaciones de la hipertensión arterial.

La planificación del tratamiento farmacológico de la HTA debe estar dirigida a lograr los siguientes objetivos:

- a) a corto plazo: descenso y control de la presión arterial
- b) mediano plazo: control del deterioro y regresión de las alteraciones cardíacas y renales
- c) a largo plazo: disminución de la morbimortalidad.

Para lograr los objetivos del tratamiento farmacológico se debe tratar no sólo la HTA, sino también todos los factores de riesgo cardiovasculares asociados. La indicación de un determinado tipo de fármaco se debe hacer de forma individualizada, según las circunstancias clínicas de cada paciente. Las decisiones se basarán en las indicaciones y contraindicaciones de cada fármaco antihipertensivo según la patología concomitante, ya sean trastornos clínicos, factores de riesgo asociados o enfermedades coincidentes.

El uso de fármacos de acción prolongada resulta esencial para la consecución de un control que abarque las 24 horas del día. El tratamiento se tomará habitualmente a primera hora de la mañana. La toma única diaria favorece el cumplimiento terapéutico, pero en ocasiones no será suficiente para asegurar un control mantenido. En casos de alto y muy alto riesgo cardiovascular; así como en casos de difícil control que precisen más de dos fármacos antihipertensivos, se valorará dividir la toma de medicación entre la mañana y la noche.

Existen 5 clases principales de fármacos para el tratamiento de la HTA: diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II. Además, se

dispone de alfabloqueantes, de fármacos de acción central y de vasodilatadores arteriales directos (16).

8.4.1.- Tratamiento farmacológico combinado.

La monoterapia controla solo un 30% a 50% de los casos, por lo que en la mayoría de los pacientes será necesario el empleo de asociaciones de fármacos antihipertensivos. Es preferible añadir una dosis baja de un segundo fármaco antes de aumentar la dosis del antihipertensivo inicial. El uso de combinaciones sinérgicas optimiza la eficacia antihipertensiva y, al evitar la utilización de dosis altas, reduce la incidencia de efectos secundarios (16).

La asociación de dos fármacos a dosis “medias- bajas” también puede ser útil como tratamiento inicial.

En pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular derivado de presentar diabetes de larga evolución, enfermedad renal u otra enfermedad vascular establecida, puede llegar a ser necesario utilizar más de dos fármacos; esto se da en aproximadamente un 25% de los casos. El tratamiento farmacológico combinado produce reducciones de la PA superiores a las obtenidas con cualquiera de los grupos de fármacos utilizados de forma aislada. Cuando la asociación tiene un efecto plenamente aditivo, la reducción de la PA puede ser el doble de la ocasionada por un solo fármaco. Además, las asociaciones alargan la duración del efecto antihipertensivo, y permiten la utilización de dosis más reducidas de cada fármaco que en la monoterapia.

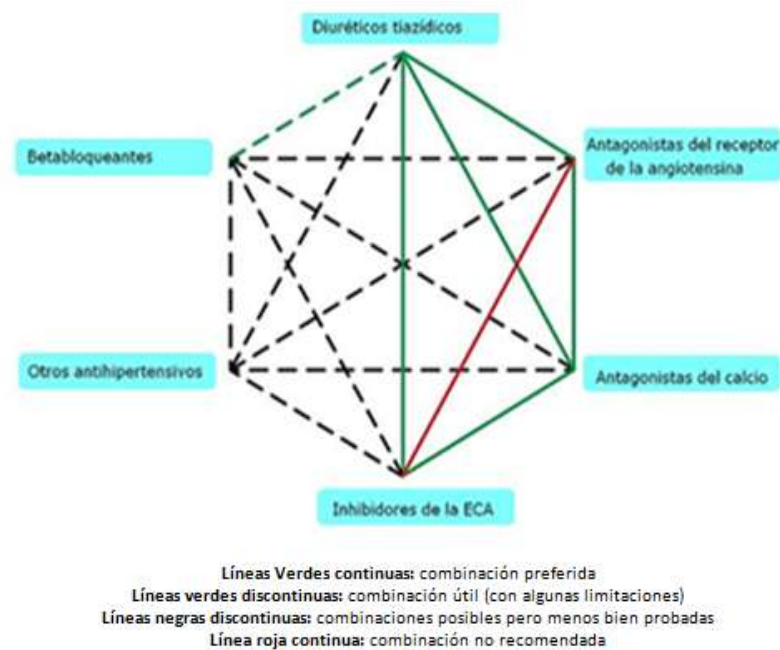
Las posibles combinaciones de fármacos antihipertensivos con efecto sinérgicos entre ellos son (5):

- Combinaciones de dos fármacos:
 - Diurético e IECA
 - Diurético y ARA II

- Diurético y betabloqueantes
- Betabloqueantes y calcioantagonistas dihidropiridínicos
- IECA y calcioantagonista
- Betabloqueante y alfabloqueantes
- Combinaciones de tres fármacos
 - Diurético, IECA o ARA II y calcioantagonistas
 - Diurético, IECA o ARA II y betabloqueante o alfabloqueante
 - Diurético, Betabloqueante y calcioantagonista dihidropiridínico
 - Diurético, calcioantagonista y alfabloqueante
 - Diurético, betabloqueante e hidralacina

En la figura 1 se muestran otras combinaciones posibles, procedentes de la Guía 2013 de la guía de las Sociedades Europeas (British Hypertension Society, European Society Hypertension, European Society Cardiology, Sociedad Española de Hipertension)

FIGURA 1: COMBINACIONES DE TIPOS DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS.



Fuente: Journal of Hypertension 2013, 31:1281-1357

8.5.-- HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE.

La HTA resistente o refractaria se define como la persistencia de una PA mayor o igual a 140/90 mmHg pese a la utilización de una asociación, a dosis máximas, de tres fármacos antihipertensivos que incluyan un diurético. En pacientes ancianos con HTA sistólica aislada, la resistencia se define como la incapacidad de conseguir una PAS < 160 mmHg pese a la triple terapia citada.

El diagnóstico diferencial dirigido en muchas ocasiones detectará una pseudoresistencia por reacción de alerta, medida inadecuada de la PA, tratamiento no farmacológico o farmacológico incorrecto u otras situaciones. La HTA resistente constituye uno de los principales criterios de derivación a una unidad especializada (14).

Entre las causas de hipertensión arterial resistente se encuentran:

- Pseudoresistencia (HTA de bata blanca, pseudohipertensión, ancianos, brazalete inapropiado)
- No cumplimiento del tratamiento
- Exceso de ingesta de sal
- Tratamiento diurético inadecuado
- Daño renal progresivo
- Dosis bajas de fármacos antihipertensivos
- Uso de fármacos: simpaticomiméticos, descongestionantes nasales, cafeína, cocaína, anorexígenos, anticonceptivos orales, esteroides, ciclosporina, eritropoyetina, antidepresivos, AINE
- Problemas asociados: tabaquismo, obesidad, apnea del sueño, hiperinsulinismo, exceso de ingesta de alcohol, arteritis, ansiedad.
- Hipertensión arterial secundaria

B. ADHERENCIA TERAPEUTICA

1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Las enfermedades crónicas se definen como:

“Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención” (22).

De esto se deduce que son enfermedades que requieren de un constante seguimiento, dentro del cual el paciente deberá no solamente concentrarse en la toma de medicación antihipertensiva prescrita, sino también adaptarse o reforzar conductas saludables, evitar conductas de riesgo para su salud y manejar la forma en que responde psicológicamente a la enfermedad (22). Los cambios necesarios dependen de la enfermedad, en este caso se trata de la HTA.

La definición de la adherencia terapéutica, es debatida desde hace varios años. Adherencia es sinónimo de, cumplimiento u observancia (17); cada una de estas palabras pretende ser la palabra idónea que determina el hecho que un paciente lleve a cabo lo más fielmente posible las indicaciones proporcionadas por los profesionales de la salud.

La literatura dedicada a la investigación en el campo de la adherencia terapéutica considera que muchas veces se mezclan los términos, llegándose incluso a usarlos como sinónimos o incluir la palabra cumplimiento como parte del término adherencia.

Epstein y Cluss (1982) definieron el término de cumplimiento o adherencia como: *“La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”* (18).

A pesar de haber similitud entre cumplimiento y adherencia, el término cumplimiento es descrito por Ferrer (1995) como: “La obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de salud, asumiendo por tanto y que este tendrá un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proporcionan” (19).

De acuerdo a revisiones bibliográficas que buscan aclarar la terminología, el término cumplimiento aun es cuestionado por el hecho de no englobar la complejidad implicada que surge al momento de crear un vínculo entre un esquema terapéutico integral y el paciente (20).

Hay que considerar que los elementos de la adherencia terapéutica que se integran ante el planteamiento de un esquema terapéutico son:

1. La planificación y mantenimiento de un tratamiento
2. La concurrencia a las consultas de control
3. El uso correcto de la medicación prescrita
4. La concreción de los cambios de estilo de vida requeridos (por ej.: dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos)
5. La evitación de conductas contraindicadas (por ej.: no usar alcohol con sedantes) (19).

La definición del término adherencia reúne los parámetros antes enunciados, manifestando que, para que cada una de ellos se lleve a cabo, se requiere de la participación activa del paciente frente a su plan de salud (20).

Se despliegan una serie de definiciones para la adherencia terapéutica. Entre estas cabe mencionar las siguientes: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS 2004). Esta definición se produce por una fusión de diferentes definiciones, en base a lo propuesto por Haynes et al.(17).

Otro aporte dado por DiMatteo y DiNicola (1982) define a la adherencia como: “Implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (20) .

Ginarte(2001) menciona que: “La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo” (20).

Se podría considerar que todos los términos existentes, desde cumplimiento, cooperación, alianza terapéutica entre otros y hasta el término adherencia, han generado un aporte para ir puliendo la definición de la relación que se establece entre el paciente y un esquema terapéutico integral (20).

Desde el punto de vista de la psicología de la salud, la adherencia está definida como “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la

consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado” (21). De esta manera, el promover la adherencia, es parte de un plan integral de salud, en especial para las enfermedades crónicas.

El porcentaje de cumplimiento de las indicaciones para definir adherencia en un paciente diagnosticado de hipertensión arterial primaria, es de un 80%. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se ha considerado que la no adherencia se establece cuando los pacientes no toman un porcentaje mayor o igual al 80% de sus medicamentos antihipertensivos prescritos (17).

Se debe considerar que siempre es el paciente como individuo, quién posee la capacidad de elegir si iniciar, continuar o dar por terminada la práctica de las prescripciones terapéuticas frente a su enfermedad. La decisión del paciente puede derivar en una pertinente adherencia al tratamiento o en la no-adherencia. Esta no adherencia es un problema que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos; se observa en casi todas los estadios de las enfermedades crónicas, y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (23).

Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida (23).

La no adherencia al tratamiento continúa siendo un problema universal, sin que los expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quiénes no. Han habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento, pero estas no son totalmente fiables (23).

La adherencia deficiente al tratamiento es una de las causas importantes de la presión arterial no controlada (17).

Rodríguez (1995), plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento en los pacientes hipertensos es realmente muy baja, dada la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y de tomar medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios desagradables (23).

2. FRECUENCIA

Se estima que el grado de adherencia a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 50 – 70 % (17). Además, se ha calculado que en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión arterial interrumpe la toma de sus medicamentos antihipertensores y, entre quienes siguen el tratamiento a largo plazo, las dosis de medicación perdidas son comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica de muchos años (17).

La no adherencia es un problema mundial de gran magnitud (17), se plantea que más del 40% de hipertensos en tratamiento toman la medicación de manera incorrecta, y aproximadamente el 80% fallan con las restricciones alimentarias, de ejercicio, y de disminución o eliminación del consumo de tabaco y alcohol (24).

Sin embargo, existen estudios publicados que cuestionan el incumplimiento del tratamiento farmacológico en diversas enfermedades crónicas y, en menor medida, en las agudas. En los pacientes hipertensos se estima una tasa de incumplimiento de entre el 7,1% y el 55,2%, con una media ponderada del 32,3%. En cuanto a la no adherencia a medidas higiénico-dietéticas en los pacientes hipertensos, en España, este valor se sitúa alrededor del 85% (33).

El paciente no adherente es de mucha importancia, porque a partir de su decisión surgirá un campo de investigación y reto para los profesionales de salud. Será necesario indagar por qué el paciente ha tomado dicha decisión y ante ello, promover la reversión de tal decisión, de modo que el paciente continúe y se mantenga adherente, considerando que el paciente debe ser abordado en un plano biopsicosocial.

3. EFECTOS DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

Los beneficios que conlleva la adherencia farmacológica son: un mejor control de la presión arterial y una reducción significativa (53,2%) en las tasas de mortalidad relacionadas con la hipertensión (38). Otro estudio detectó que los pacientes que no se adhirieron al tratamiento tenían 4,5 veces más probabilidad de tener complicaciones tales como cardiopatía coronaria que quienes lo hicieron. Sin embargo, no es seguro que esta mayor tasa de complicaciones haya tenido una relación directa con la adherencia deficiente a la medicación antihipertensora (17).

Adicionalmente, se han desarrollado e implementado diferentes intervenciones no farmacológicas, dirigidas a la modificación de los estilos de vida asociados al incremento de los niveles de presión arterial, que han mostrado ser efectivas y complementarias al tratamiento farmacológico (24).

La no adherencia al tratamiento acarrea graves consecuencias tales como: falla terapéutica, recaídas de la enfermedad, secuelas de la enfermedad, aumento en la tasa de pacientes hospitalizados, disminución de la calidad de vida del paciente, afectación del entorno del paciente (familiares, amigos), interferencia en el desempeño de sus actividades diarias, e irregularidad de asistencia en sus labores diarias (17).

La evaluación de forma oportuna de la no adherencia, en el transcurso de las enfermedades crónicas, debe ser preventiva para evitar una evolución desfavorable de la enfermedad. En cuanto a la HTA, una falta de adherencia ocasiona que el valor de la presión arterial no esté dentro de los valores considerados como “controlados” (33).

Se ha demostrado que a medida que aumenta el incumplimiento al tratamiento aumenta la morbimortalidad.

“El incremento en el número de visitas programadas para control de la HTA, y el mejor cumplimiento del tratamiento se asocia incluso a una disminución de la mortalidad global. En la HTA, el incremento del cumplimiento se asocia a una reducción del riesgo de eventos por ictus en pacientes que toman un antihipertensivo diario. Se ha observado que por cada toma de un comprimido semanal adicional, comparado con otro paciente que no lo tome, se reduce el riesgo de ictus en un 8-9% y el riesgo de muerte en un 7%” (33).

3.1 Relación incumplimiento y costos sanitarios

La falta de adherencia genera grandes inversiones económicas, vinculadas al manejo y cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. *“Se sabe que puede condicionar hasta un tercio de los ingresos hospitalarios, incrementar el gasto en pruebas complementarias y visitas médicas, disparan el gasto en fármacos por aumento de las dosis, asociación de otros fármacos y/o cambios en la medicación, y es responsable de un mayor ausentismo laboral”* (33).

En Estados Unidos se ha estimado un coste de 100 billones de dólares al año derivado de la toma incorrecta de medicación a largo plazo. De este coste, 25 billones corresponden a pérdidas de productividad y muerte prematura (34).

Incluso la efectividad y eficacia de los fármacos se pone en juego cuando el paciente no es adherente. Esto produce cambios constantes de medicación e indicaciones al pensar de forma equivocada que se trata de una falla terapéutica o falla de la medicación. Ante esto siempre es bueno evaluar la posibilidad de que exista falencia o falta de adherencia a las pautas prescritas al momento de determinar un nuevo esquema de tratamiento terapéutico.

“Fomentar acciones dirigidas a la mejora de la adherencia terapéutica generaría grandes costos a corto plazo (dedicación de los profesionales sanitarios e incremento de gastos en medicamentos), pero el beneficio a largo a plazo daría una disminución de costos derivados de los ingresos hospitalarios evitados y del coste derivado del tratamiento de complicaciones” (33).

3.2 Estrategias para prevenir la no adherencia.

El hecho de una falta de continuidad en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, debe conllevar a la evaluación y posterior definición en caso de encontrarlo, de cuatro factores relacionados con la importancia de esta para el paciente (23):

- 1) Prioridad que tiene el tomar la medicación
- 2) Percepción de gravedad de la enfermedad
- 3) Credibilidad en la eficacia de la medicación
- 4) Aceptación personal de los cambios recomendados.

4. FACTORES CONDICIONANTES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Un esquema terapéutico integral debe permitir a la persona con una enfermedad crónica mantener una calidad de vida satisfactoria, tanto para el mismo como beneficiario directo, como para el personal de salud responsable de apoyar y verificar de forma constante que el paciente no solamente sea adherente, sino que se mantenga adherente.

Ningún factor es absoluto o determinante de la adherencia terapéutica, puesto que para un paciente, determinados factores pueden ser impedimentos para una adherencia terapéutica eficaz y para otros pacientes no representar motivo alguno.

Al ser abordada la adherencia terapéutica como un fenómeno multifactorial se destacan cinco dimensiones que interactúan influyendo sobre la misma (5).

Cada dimensión enunciada a continuación no debe ser considerada aislada, sino analizada en conjunto, ya que es así como estas pueden inducir a una mayor adherencia, o en su defecto interferir en la misma.

Factores condicionantes de la adherencia al tratamiento

- 4.1 Factores socioeconómicos
- 4.2 Factores relacionados con el sistema de salud
- 4.3 Factores relacionados con la enfermedad
- 4.4 Factores relacionados con el tratamiento
- 4.5 Factores relacionados con el paciente

4.1 Factores socioeconómicos y demográficos

Los principales factores de este tipo relacionados con la adherencia son:

- Genero
- Estado civil
- Edad
- Nivel educativo
- Etnia
- Nivel socioeconómico
- Condición de empleo
- Existencia de redes de apoyo social efectivas
- Condiciones de vida estables.
- Localización del centro de tratamiento y costo del medio de transporte
- Situaciones ambientales cambiantes

En un estudio realizado por la Universidad Estatal a Distancia en Costa Rica, se buscó relación entre el género y la adherencia al tratamiento, los resultados mostraron que el 75,6% del género masculino contestó que siempre cumple con la ingesta de medicamentos en el horario establecido, con un 95,1% que siempre toma las dosis indicadas por el médico; mientras que para las mujeres estos valores fueron del 76,9% que siempre ingieren los medicamentos en el horario establecido y un 89,7% que siempre toman las dosis indicadas por el médico. En cuanto al cumplimiento de la dieta los hombres mantienen un 22% dicen que siempre lo hacen, versus el 20,5% para las mujeres. En la asistencia a las consultas de seguimiento las mujeres contestaron en un 69,9% que siempre asisten, el género masculino lo hizo en un 61,5%. A pesar de estos valores no se encontró

unadiferencia significativa concluyente entre géneros en relación a la adherencia al tratamiento (25).

Otro estudio realizado en Perú, en el cual se valoró la adherencia farmacológica mediante el test de Morisky - Green en 103 pacientes con HTA que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia, mostró que el 80,6% de los/as participantes tenía 60 años o más, 69,9% era del sexo femenino y 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 6,8% era analfabeto y 52,4% tenía grado de instrucción primaria; en cuanto al estado civil el 68% eran casados, y se halló que el estado civil viudo tiene relación con la adherencia al tratamiento, pero se consideró este dato como producto del azar. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9% para el total de la población estudiada (26)

De modo similar en una institución de salud en Medellín, se enfocó un estudio en un grupo de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, contando entre ellos a un 86% de pacientes hipertensos muchos de los cuales presentaban comorbilidades como dislipidemia, sedentarismo y obesidad. Se valoraron los factores condicionantes para la adherencia al tratamiento farmacológico, dentro de los cuales en el grupo de factores sociodemográficos ($p=0.004$) la media de edad del grupo de estudio resultó de 65 años, y el 81,1% corresponde a mujeres, destacándose que a medida que aumenta la escolaridad existe mejor adherencia al tratamiento. Estos factores predominaron sobre los factores relacionados con el proveedor ($p = 0.926$), factores relacionados con la terapia ($p = 0.101$) y factores relacionados con el paciente ($p = 0.503$) (28).

4.2 Factores relacionados con el sistema de salud o el equipo de asistencia sanitaria.

En esta categoría los principales factores que interfieren en una adecuada adherencia son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, y falta de conocimiento sobre la adherencia y de intervenciones efectivas para mejorarla (17).

Los factores relacionados con la organización de los sistemas de salud parecen tener una influencia muy destacable para la alta o baja adherencia terapéutica en los pacientes. Estos factores organizativos son: tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico (17).

La relación médico – paciente es un factor clave para aumentar o disminuir la adherencia terapéutica. Una adecuada comunicación verbal, explícita y amable permite que el paciente entienda o descarte cada duda frente a la prescripción terapéutica. Por ello es importante que al momento de explicar el esquema terapéutico se entregue información que sea entendida por el paciente, de modo que el paciente se motive con la información recibida(17).

La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción, son algunos de los atributos de

los profesionales de asistencia sanitaria que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes (17).

4.3 Factores relacionados con la enfermedad

Dentro de este grupo se hace referencia a que el paciente podría dar mayor o menor acogida a las prescripciones de acuerdo a la sintomatología que desencadene su enfermedad y la duración de la misma, ya que si es aguda, tendrá mayor percepción de su enfermedad, y por tanto considerará con mayor hincapié adherirse a las prescripciones necesarias. Por el contrario, las enfermedades crónicas como la HTA, al ser además asintomáticas, podrían generar que el paciente no sienta necesidad de iniciar o continuar las prescripciones. Existe menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay o no se percibe que haya consecuencias inmediatas. (23)

Algunos de los factores que tiene mayor influencia sobre la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la falta de disponibilidad de tratamientos efectivos (17). La pluripatología, hecho frecuente en los pacientes con enfermedades crónicas, puede incidir también en la adherencia al tratamiento(27).

La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso de las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador (23).

4.4 Factores relacionados con el tratamiento

Son varios los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la polifarmacia, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales de los fármacos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (17).

En adherencia al tratamiento resaltan también el seguimiento de las dietas, los ejercicios y hábitos saludables en general (28).

Actualmente se supone que la mayoría de los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento no farmacológico son similares a los relacionados con la adherencia a la farmacoterapia antihipertensora, pero esta es un área que justifica investigaciones adicionales (17).

La desventaja de un esquema terapéutico complejo es que puede tornarse dificultoso para que el paciente lo lleve a cabo(20).Rodríguez (1994), complementa que a medida que el tratamiento se prolonga, los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento (23).

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tomada en cuenta, en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se los toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos (18).

A pesar de los sorprendentes avances en las formulas farmacéuticas (29), su eficacia pende de un hilo al interponerse la no adherencia, y las interrogantes giran en torno a cuáles estrategias resultan realmente útiles para mejorar esta adherencia. A pesar de existir varias estrategias puestas a prueba, muchas parecen ser sólo parcialmente exitosas.

4.5 Factores relacionados con el paciente

La influencia del entorno del paciente, dada por factores socioculturales y en particular los relacionados con el medio familiar, juegan un rol central en las creencias, las actitudes y representaciones del sujeto. El modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso, y su posible solución (20).

Parte de los factores influyentes provenientes del paciente, se abordan desde un campo psicológico; a partir de este desde hace varios años han surgido una serie de modelos y planteamientos teóricos tales como; el modelo *de creencias en salud* Becker 1974, la *teoría de la acción razonada* y la *conducta planificada* de Ajzen y Fishbein en 1975; la *teoría de la motivación protectora*, de Rogers en 1975, y Harris y Middleton en 1995; el *modelo de adopción de precauciones*, de Weinstein en 1998; el *modelo de acción a favor de la salud*, de Schwarzar en 1992, y la *teoría de la acción social*, de Ewart en 1991(30).

Cada una de estas teorías o modelos teóricos se desplegaron en base al modelo de creencias en salud, el cual expone que: “Una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés con respecto a la problemática de salud (motivación de salud) y de sus percepciones sobre: 1. Susceptibilidad o

vulnerabilidad de la enfermedad; 2. Gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla; 3. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas y 4. Los costes y barreras físicas, psicológicas, económicas, etc., para llevar a cabo la acción” (30).

Leventhal en sus investigaciones (1980-1983) reformuló otro modelo teórico: el de *autorregulación* compuesto de las siguientes etapas:

1. *Etapas de procesamiento, que consta de tres fases:* 1. Definición o representación de la enfermedad y de la emoción que la acompaña; 2. Planificación, selección y ejecución de respuestas para enfrentar la amenaza objetiva de enfermedad y las reacciones emocionales que ésta suscita; y 3. Evaluación, que consiste en determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado consecución de las metas establecidas. La información derivada de esta última etapa aporta un modelo de retroalimentación sobre las anteriores, y de este modo puede alternar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.
2. *Existencia de dos canales paralelos en el sistema de procesamiento:* el primero da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla; mientras el segundo sistema supone el procesamiento de reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones (30).

Otro aspecto que influye en el paciente es el sistema de apoyo conformado por familiares y amigos, entre otros; estos factores promueven una mayor adherencia pero al mismo tiempo marcan un eje de dependencia. En determinadas circunstancias, como en pacientes incapacitados, su adherencia será dependiente del cuidador.

El apoyo social es la percepción que tiene el paciente de que, ante situaciones difíciles o problemáticas, puede contar con alguna persona o institución que lo auxilie (20).

Se identifican 3 tipos de apoyo social:

1. Afectivo: reconocimiento, aceptación y estimulación
2. Apoyo instrumental: recibir dinero o ayuda para realizar actividad física o resolver una situación.
3. Información: recibir información pertinente para resolver una situación.

Los que conforman el apoyo social directo del paciente son quienes conviven con él o están a cargo de su cuidado; convirtiéndose en un pilar que podría generar un seguimiento apropiado, no sólo para la toma correcta de medicación, sino también en ser parte de los cambios en el estilo de vida.

Dentro de los factores relacionados con el paciente también se incluyen las comorbilidades; estas podrían determinar resultados ambiguos: existirán pacientes para los que el hecho de tener comorbilidades será una razón por la cual serán más adherentes a las prescripciones, por sí mismos o por los familiares que están a su cuidado. En contraste, habrá pacientes en los cuales las comorbilidades asociadas actuarán como impedimento que disminuirá su adherencia.

Un estudio realizado en 74 pacientes con HTA que asistieron al Hospital Comunitario de Yungay ubicado en Chile, a los cuales se aplicó el test de Morinsky Green y adicionalmente una encuesta sobre su género, edad, escolaridad, medicación antihipertensiva de consumo y una medición de su nivel de presión arterial, obtuvo que 45,9% de ellos mostraba adherencia al tratamiento antihipertensivo. La edad promedio de los encuestados era de 65 años, el 70,3% era de género femenino; el 16% de los pacientes eran analfabetos, el 51% tenía educación básica incompleta y solo el 1% tenía estudios superiores. Solo un 47,9% presentó presión arterial controlada; entre los que presentaron presión arterial elevada, el 66,6% eran mujeres y el 41% eran mayores de 65 años. En total, de los pacientes con hipertensión descompensada, el 33,8% correspondía al grupo de aquellos con educación básica incompleta y analfabetos. En cuanto a la red de apoyo un 17,2% respondieron que contaban con familiares o vecinos que estaban pendientes de la administración de los medicamentos; sin embargo, de los pacientes que contaban con una red de apoyo adecuada solo el 47,6% presentó una compensación adecuada de sus niveles de presión arterial. El 72,7% de los pacientes que usaban tres fármacos presentaban presión arterial elevada. De los pacientes adherentes, el 47% usaba monoterapia. (35)

5. MÉTODOS PARA INVESTIGACIÓN DE LA ADHERENCIA

Los métodos para conocer y valorar la adherencia terapéutica son múltiples; cada uno de ellos cumple con los requisitos de normas psicométricas básicas de validez y fiabilidad. Estos tests permiten evaluar la adherencia terapéutica como elemento primordial que se sugiere debe ser monitoreado dentro del esquema del autocuidado del paciente.

Al momento de realizar estudios para evaluar la adherencia terapéutica y sus factores influyentes se recomienda utilizar un conjugado multimétodos, ya que esto podría generar un mejor acercamiento a la realidad sobre el nivel de adherencia (31).

Los métodos existentes son:

5.1. Métodos Directos:

Corresponden a la cuantificación del fármaco, alguno de sus metabolitos o marcadores incorporados al medicamento, de forma que se puede cuantificar la toma de la medicación. Si la cuantificación es alta, se deduciría que existe adherencia; de modo contrario, un bajo nivel indicaría que la adherencia es baja. La desventaja de los métodos directos es su costo y que no son aplicables en la práctica clínica (31).

5.2. Métodos Indirectos:

Los elementos que conforman el conjunto de métodos indirectos incluyen una medición del recuento de comprimidos y la entrevista clínica mediante encuestas formuladas o test estándar (32). Son muy utilizados a pesar de tener la posibilidad de sesgos, y de no ser objetivos, puesto que la información recolectada es proporcionada por los pacientes, familiares o personal de salud en los cuales puede

haber una tendencia a sobrestimar el cumplimiento y a su vez identificar solo una parte de los no cumplidores.

Sin embargo, su accesibilidad en la práctica clínica, por ser más sencillos, no invasivos y de bajo costo, los hace más viables para aplicarlos de forma reiterada.

Entre los métodos más usados están:

a) Métodos basados en la entrevista clínica

Test de Morisky-Green.- es un instrumento validado y aplicado en numerosas patologías, y fue también el escogido en esta investigación; puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Presenta un IG³ de 68,2%, una especificidad del 79% y una sensibilidad de 64%, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Es económico, pero subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento. Su valor predictivo negativo es bajo(31).

Considera cumplidor a aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas realizadas durante una conversación sobre su enfermedad:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión?
2. ¿Los toma a la hora indicada?
3. ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien?
4. ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal?

³Índice de GraQol (IG); indicador de validez y fiabilidad de un instrumento de medición y su utilidad global basándose en un número de criterios considerados mínimos que deben cumplir los instrumentos de medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)(36).

b) Métodos basados en la medición del recuento de comprimidos

1. El recuento a través de los monitores electrónicos de control de la medicación (MEMS) se realiza mediante envases tipo MEMS (de apertura electrónica) que contienen un microprocesador que registra la hora y el día en que se abrió el envase; datos que son procesados posteriormente.

Es un método muy objetivo y fiable, teniendo una alta correlación con la efectividad del tratamiento. Pero se cuestiona su accesibilidad por su alto costo (37).

A pesar de ofrecer mayor validación que el simple recuento de comprimidos, tiende a sobreestimar el cumplimiento al asumir que si se abre el envase siempre el paciente toma la medicación (32).

2. Mediante recuento simple de comprimidos

Entre los métodos indirectos menos usados están:

- a) Valoración de asistencia a citas programadas.
- b) Test de Batalla.- permite una estimación del cumplimiento o incumplimiento en el paciente mediante la evaluación del nivel de conocimiento acerca de la enfermedad.
- c) Test de Prochaska-DiClemente.
- d) Test de Hermes.
- e) Test de la comprobación fingida
- f) Resultados del tratamiento en algún parámetro de control de la hipertensión: por ejemplo, si está controlada se considera que el paciente es cumplidor.(32)
- g) Juicio del médico

El test de Batalla breve o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad (CE) presenta un IG 68,2 %. Es comprensible, económico y muy fácil de aplicar, tiene buena sensibilidad y baja especificidad y exactitud media. Ha sido aplicado y validado para diversas enfermedades. Tiende a sobrestimar el cumplimiento (31). Este test también fue utilizado en esta investigación.

El test consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite 2 o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial. Se considera incumplidor si falla alguna respuesta y cumplidor si responde correctamente las 3 preguntas.

Cada método usado es una herramienta que permite la valoración de algunos aspectos o condicionantes de la adherencia. Sin embargo, ningún método es totalmente confiable o libre de sesgos; por ello el aporte de los resultados de acuerdo al método usado, serán parámetros a considerar y no verdades absolutas.

6. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

Las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento han sido el punto de partida para la realización de estudios en distintos grupos de pacientes con enfermedades agudas y crónicas. Se han planteado una serie de intervenciones con el objetivo de generar una mejor aproximación entre el paciente y la adherencia al tratamiento, lo cual derivaría en supresión si es una enfermedad aguda, o mantener un adecuado control en caso de las enfermedades crónicas. El tipo de

intervención que se realice debe considerar que los métodos a ser aplicados en tratamientos a corto plazo y en tratamientos a largo plazo no son los mismos.

Las intervenciones que buscan mejorar la adherencia que se han aplicado en diferentes estudios son (29):

6.1 INFORMACIÓN

- ✓ Instrucciones a los pacientes, transmitidas verbalmente, por escrito y con material visual; programas de aprendizaje y sesiones educativas formales.
- ✓ Consejería acerca de los objetivos de los pacientes frente a la enfermedad, la importancia de la terapia y del cumplimiento de la terapia; posibles efectos secundarios del tratamiento, la terapia de pareja centrada en incrementar apoyo social.
- ✓ Llamadas automáticas, asistencia computarizada para monitorear, asistir y aconsejar al paciente.
- ✓ Seguimiento vía telefónica.

6.2 MOTIVACIÓN

- ✓ Refuerzo o recompensa; si existe una mayor adherencia y respuesta al tratamiento, por ejemplo, reducir la frecuencia de asistencia a consulta.
- ✓ Involucrar más al paciente en su cuidado; autocuidado que puede incluir el monitoreo de la presión arterial o de la función respiratoria.
- ✓ Adaptación a regímenes de estilos de vida
- ✓ Tutoría de salud
- ✓ Intervención Familiar
- ✓ Reuniones grupales

6.3 RECORDATORIO

- ✓ Diferentes formas de aumentar la comodidad de la atención; por ejemplo, provisión en el lugar de trabajo o en el hogar.
- ✓ Recordatorios; dispositivos programados.
- ✓ Recordatorios especiales; dispositivos del contaje de pastillas.
- ✓ Asistencia a citas para recordatorio de las prescripciones.

6.4 CAMBIOS EN LA FORMA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO

- ✓ Simplificación de las dosis.
- ✓ Diferentes formulaciones de medicamentos, tales como su presentación en tableta y no en jarabe.
- ✓ Observación directa de la ingesta del tratamiento por parte del personal de salud o los miembros de la familia.
- ✓ Incrementar los servicios de farmacia.
- ✓ Dispensadores de medicación por unidades y tablas de medicación.

6.5 APOYO POR PASOS

- Terapias psicológicas. Por ejemplo: terapias cognitivas de comportamiento, terapia multisistémica.
- Intervenciones conducidas en casos de crisis o cuando sea necesario. Por ejemplo: intentos suicidas, comportamientos agresivos y destructivos

Entre los métodos más usados con el objetivo de monitorear los tratamientos a corto plazo están: las llamadas telefónicas al paciente para conocer si ha estado tomando la medicación y a su vez reforzar las indicaciones de la toma correcta de la medicación (29).

Una revisión de estudios trabajo con pacientes con rinitis alérgica a los cuales se los dividió en 3 subgrupos al: grupo A se les dio el spray nasal y se les dijo que sigan las instrucciones que se indican en la caja del medicamento; al grupo B se les dio entrenamiento de cómo usar el spray nasal y adicionalmente se dio instrucciones por escrito y en el grupo C se dio lecciones que informaban acerca de la enfermedad, las estrategias del tratamiento y los efectos adversos de la medicación. Los resultados reportaron que el grupo B y C tuvieron una mejor respuesta en el uso de correcto de la medicación con respecto al grupo A; pero entre el grupo B y C no hubo una diferencia significativa en cuanto al cumplimiento del tratamiento. A lo largo del seguimiento se observó que los pacientes del grupo B y C tuvieron una disminución significativa de los síntomas de la rinitis alérgica en la época del polen. Con esto se concluyó que la intervención en el grupo B y C fue más efectiva que el grupo A (29).

Las estrategias para pacientes con tratamientos a largo plazo son mucho más complejas, puesto que el paciente deberá mantener una adherencia al tratamiento para toda su vida.

Para corregir una baja adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas se han iniciado estudios que buscan simplificar la toma diaria de la medicación (de tomar varias tabletas al día a tomar 1 tableta al día) de manera que el paciente se motive a ser más adherente. Sin embargo, si bien se logró una mejor adherencia, los resultados clínicos pueden no siempre fueron significativos debido a la dosis

administrada. Esto no resulta beneficioso para un adecuado control de la enfermedad.

Por estas razones, algunos estudios (29) han reportado que evalúan la implementación de métodos que buscan mejoras en la adherencia pero que también buscan resultados a nivel clínico.

En un grupo de pacientes con hipertensión arterial sistémica (Haynes 1976) se obtuvo una adecuada adherencia al tratamiento con una respuesta clínica positiva. Para esto, se realizó una intervención intensiva que incluyó la atención proporcionada en el lugar de trabajo, contador de píldoras, asesoramiento, recordatorios, automonitorización, apoyo del grupo y retroalimentación y refuerzo administrado por el personal de salud (29).

En estudios subsecuentes se realizaron intervenciones similares que se relacionaron con el monitoreo de la presión arterial; los resultados fueron un buen control de la presión arterial, a pesar de que este resultado no fue estadísticamente significativo por el número pequeño de pacientes que conformaron el grupo (29).

Otro estudio reportó resultados positivos de las dos intervenciones para aumentar la adherencia a la medicación antihipertensiva y así ayudar a controlar la hipertensión. La primera intervención se realizó mediante llamadas telefónicas a los pacientes para reforzar su adherencia: la enfermera realizaba preguntas específicas a los participantes acerca de su medicación y ellos daban su opinión en el rendimiento de la adherencia. En la segunda intervención, los pacientes recibieron comunicaciones enviadas por correo para promover la adhesión a través de educación sobre hipertensión y el refuerzo de la adherencia a la medicación; el grupo control recibió la atención habitual. El porcentaje de adherencia, evaluado mediante el recuento de pastillas, demostró ser significativamente mayor en todas las visitas, tanto vía

telefónica (n = 216), vía correo electrónico (n = 212) que en control. Hubo reducciones significativas de la presión arterial en todos los grupos, pero se observaron mayores mejoras en el grupo de intervención mediante vía telefónica; estos pacientes también mostraron significativamente mejor control de la presión arterial al final del estudio en comparación con el grupo de control (29).

Lee y colaboradores plantearon un programa de atención integral farmacéutica, el cual mostró resultados prometedores en cuanto a la adherencia y resultados clínicos en pacientes con hipertensión e hiperlipidemia. Los pacientes asignados al programa de atención farmacéutica (n = 83) recibieron medidas educativas acerca de su enfermedad y medicación individualizada; su medicación fue dispensada utilizando blisters para promover la adhesión y se les hizo un seguimiento mediante reuniones con un farmacéutico clínico cada dos meses.

Esta intervención se comparó con un grupo de pacientes que recibieron los cuidados habituales para el tratamiento de la hipertensión y la hiperlipidemia. El recuento de comprimidos mostró tasas significativamente mayores de adherencia tras recibir la intervención; aunque no hubo diferencia en la LDL y los niveles de presión arterial diastólica. Los pacientes de intervención tuvieron una disminución significativamente mayor de la presión arterial sistólica que el grupo control (29).

No hay evidencia de que la baja adherencia pueda ser “curada”. Por lo tanto, los esfuerzos para mejorar la adhesión deben mantenerse durante todo el tiempo que se necesita tratamiento (29).

CAPITULO III. METODOS

JUSTIFICACION

La hipertensión arterial sistémica comparte con otras enfermedades crónicas la característica, de ser motivo habitual de estudio al ser considerada como un problema de salud pública (1). El seguimiento de los pacientes hipertensos es vital para mantener mejores niveles de calidad de vida y evitar repercusiones de la HTA. Una de las pautas relevantes es que el control de los niveles de presión arterial, y por ende el control de la misma enfermedad requiere que el paciente inicie y mantenga una adecuada ingesta de la medicación antihipertensiva así como cambios de estilo de vida. Lograr estos parámetros indispensables no resulta una tarea fácil debido a que el tratamiento integral de la HTA será a largo plazo, aspecto que es muy difícil de lograr puesto que los pacientes habitualmente asumen que la medicación solo debe ser tomada por un periodo corto tal como sucede en las patologías agudas y los cambios en los estilo de vida muchas veces no son considerados como parte integral del tratamiento.

El comportamiento de adherencia terapéutica es uno de los indicadores a evaluar en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial sistémica esencial. Posiblemente la falta de adherencia en la toma de los medicamentos y en la introducción de los cambios en el estilo de vida, son los que explican que se mantengan altos índices de morbilidad por enfermedades cardiovasculares.

“La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos” (5).

Esto muestra la importancia de realizar un estudio para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (cambios en los estilos de vida), en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial. También resulta importante analizar los factores condicionantes que, en base a la revisión bibliográfica revisada, son los más influyentes en la adherencia al tratamiento. Estos factores pueden ser de tipo sociodemográfico o relacionados con el sistema de salud, con el paciente y con el tratamiento.

Los resultados de este estudio proporcionan datos acerca del porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento integral, y permiten comprobar si los factores condicionantes enunciados en la literatura son influyentes para una adecuada adherencia entre los pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial Esencial que son atendidos en el Hospital Delfina Torres Vda. De Concha. Se escogió este hospital por ser Esmeraldas, una de las provincias con más altos índices de prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica en el Ecuador

Mediante este aporte de conocimientos, se pretende incentivar la búsqueda e implementación de herramientas que proporcionen mejoras en la atención médica para que el paciente adopte una adherencia fiable al tratamiento integral de su enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio plantea 2 preguntas:

¿Existe adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial Sistémica Esencial en el hospital Delfina Torres Vda. De Concha?

¿Cuáles son los principales factores condicionantes de una buena adherencia al tratamiento integral en relación con las características sociodemográficas del paciente, el sistema de salud y el tratamiento prescrito en pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial Sistémica Esencial que están siendo atendidos en el hospital Delfina Torres Vda. De Concha?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales factores que condicionan una adecuada adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial que son atendidos en el Hospital Delfina Torres Vda. de Concha.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las características sociodemográficas y económicas de la población en estudio
2. Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica primaria.

3. Identificar los factores condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, específicamente a aquellos relacionados con el sistema de salud y con el tratamiento prescrito, además de las características personales del paciente.

HIPOTESIS

Los factores sociodemográficos, los relacionados con el sistema de salud y con el tratamiento, intervienen en la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito, en pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial sistémica esencial atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha.

METODOLOGÍA⁴

Para el presente estudio se plantearon las siguientes variables:

Variables dependientes:

- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Adherencia al tratamiento no farmacológico.

⁴Ver operacionalización de variables (anexo 1)

Variables independientes:

- Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento no farmacológico.

Dentro de estos se estudiaron:

- Factores relacionados con el sistema de salud.
- Factores relacionados con el tratamiento.
- Factores relacionados con el estilo de vida.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Hospital Delfina Torres Vda. de Concha de la Ciudad de Esmeraldas en el servicio de Medicina Interna. Se planificó realizar un estudio descriptivo transversal para analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus principales factores condicionantes, en pacientes diagnosticados de Hipertensión arterial sistémica esencial.

UNIVERSO Y MUESTRA

Para obtener el tamaño de la muestra en la cual se aplicó la encuesta, se tomó la cifra del número de pacientes atendidos en Medicina Interna del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha de la Ciudad de Esmeraldas.

La población, de acuerdo al número de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica primaria atendidos en Medicina Interna del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha, durante el mes de Agosto del 2013 fue la siguiente:

<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>AGOSTO DEL 2013</i>
MEDICINA INTERNA	271

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó en el estudio los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica esencial con o sin comorbilidades asociadas, tales como Diabetes Mellitus, Dislipidemia. Participaron hombres y mujeres mayores de 18 años que previamente aceptaron, de forma voluntaria, ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron a los pacientes pediátricos, pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial secundaria, pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis y pacientes hipertensos que no aceptaron ser parte del grupo de estudio.

CÁLCULO DE LA MUESTRA.

La muestra fue calculada en el sistema informático EPIDAT utilizando la fórmula para el cálculo de Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional.

Datos:

Tamaño poblacional: 271

Proporción esperada: 50,000%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,5

Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
7,000	191

El tamaño total de la muestra es de 191 pacientes, incluido el 10 % de no respuesta.

INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas que valora:
 1. Nivel de adherencia terapéutica; farmacológica mediante escala de Morisky-Green y no farmacológica con una encuesta propuesta que evalúa los cambios de estilo de vida referentes a la HTA.

2. Factores condicionantes de la adherencia terapéutica

2.1.- Factores sociodemograficos/socioeconómicos

2.2.- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

2.3.- Factores relacionados con la enfermedad (incluye Test de Batalla para valorar el nivel de conocimiento de la enfermedad)

2.4.- Factores relacionados con el tratamiento

- Se realizó una prueba piloto del instrumento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica esencial que acuden a consulta externa de medicina interna del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas FF.AA N.-1, con la finalidad de conocer si la encuesta era entendida en su contexto por los pacientes. Se realizaron las modificaciones pertinentes en cuanto a vocabulario de cada pregunta que no fue entendida. Posteriormente se realizó la aplicación de las encuestas a los pacientes que conformaron el grupo de estudio.
- Los datos se obtuvieron de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial en el Hospital Delfina Torres Vda. de Concha, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se inició con una explicación verbal por parte de los entrevistadores; autores del estudio. Se invitó a los pacientes hipertensos a conformar el grupo de estudio a aquellos pacientes que aceptaron de forma voluntaria, se les solicitó que firmen de manera libre y sin presión de ningún tipo el consentimiento informado.

- Cada paciente fue entrevistado por una de las investigadoras para lo cual se le explicó en forma clara en qué consistía la encuesta, conformada por 57 items para la valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y los factores condicionantes de adherencia al tratamiento.

ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos recabados con la encuesta planteada, se procedió a utilizar técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

El plan de análisis utilizado:

1.- Análisis Univariado: se analizaron las variables cualitativas mediante proporciones y las variables cuantitativas mediante promedios.

2.- Análisis Bivariado: en las que se calcularon las medidas de significación mediante el chi cuadrado (χ^2), entre la variable dependiente e independiente.

Se utilizó el programa estadístico SPSS para el ordenamiento y sistematización de los datos.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Las autoridades del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha, estuvieron al tanto de este estudio y emitieron una carta en la que consta la autorización institucional.

El Comité de Bioética del Hospital Delfina Torres Vda. de Concha requirió que, una vez aprobado el tema de tesis, se presente una copia del protocolo, el cual fue revisado y posteriormente autorizado para la realización del estudio.

Se invitó e informó a los pacientes que son atendidos en el Hospital Delfina Torres Vda. de Concha a formar parte del estudio, se respondieron sus inquietudes frente al estudio. Posteriormente aquellos pacientes que decidieron voluntariamente ser parte del grupo de estudio firmaron el consentimiento informado.

Se explicó de forma detallada en qué consistía el estudio; sus procedimientos, objetivos y propósitos. Además se aseguró que se mantendrá absoluto anonimato información proporcionada por los pacientes, y se respetará su privacidad, manteniendo confidencialidad con la información proporcionada por cada paciente.

CAPITULO IV. RESULTADOS

El presente capitulo expone los resultados de esta investigación en torno a la adherencia al tratamiento integral de la hipertensión arterial sistémica, de acuerdo a los datos obtenidos de una muestra conformada por 191 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica esencial que acudieron a consulta externa de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres Vda de Concha, durante el periodo de marzo y abril del 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POBLACIÓN BAJO ESTUDIO

TABLA 12. DESCRIPCIÓN POBLACIÓN CON HTA

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACION		Escala	Frecuencia	Porcentaje
	Edad	Adultos Jóvenes	6	3,1
		Adultos Mayores	143	74,9
		Ancianos	42	22
	Sexo	Femenino	137	71,7
		Masculino	53	27,7
	Nivel de instrucción	Analfabeto	17	8,9
		Primaria Incompleta	35	18,3
		Primaria Completa	63	33
		Secundaria Incompleta	31	16,2
		Bachiller	33	17,3
		Superior	12	6,3
	Ocupación	Ama de Casa	112	58,6
		Trabajo independiente	49	25,7
		Trabajo dependiente	14	7,3
		Jubilado	16	8,4
	Estado civil	Soltero	65	34
		Casado	41	21,5
		Viudo	22	11,5
		Divorciado	8	4,2
		Unión libre	55	28,8
	Con quién vive el paciente	Solo/a	20	10,5
		Esposo/sa	40	20,9
		Hijos	65	34
		Amigos	1	0,5
		Otros	46	24,1
		Esposo/a e Hijos	19	9,9

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

El perfil de los pacientes con hipertensión arterial sistémica esencial que fueron incluidos en este estudio (n=191), está representado en su mayoría por adultos (36-65 años) con un porcentaje de 74,9%; mujeres (71,7%), y con un nivel de instrucción primaria completa (33%). La principal ocupación, probablemente debido a las características anteriores, es ama de casa (58,6%), seguida por el trabajo

independiente. El estado civil de los pacientes fue reportado como soltero (34,0%) y en unión libre o casados 50,3%. El 34% de los pacientes vive con sus hijos, pero hay un 10% que vive solo.

ADHERENCIA FARMACOLOGICA

TABLA 13. ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

	Frecuencia	Porcentaje
No adherido al tratamiento	182	95.3
Adherido al tratamiento	9	4.7
TOTAL	191	100.0

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

La evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico con el Test de Morisky-Green determinó que menos del 5% (4.7%) de los encuestados, tienen adecuada adherencia a la medicación farmacológica prescrita.

TABLA 14. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y ADHERENCIA FARMACOLOGICA

<i>Subcategoría</i>	<i>Escala</i>	<i>Adherencia al Tratamiento Farmacológico (Frecuencia)</i>			<i>Significancia (P=)</i>
		<i>No Adherido</i>	<i>Si Adherido</i>	<i>Total</i>	
Edad	Adultos Jóvenes	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%	0.369
	Adultos Mayores	137 95,8%	6 4,2%	143 100,0%	
	Ancianos	40 95,2 %	2 4,8 %	42 100 %	
Sexo	Hombre	50 94,3%	3 5,7%	53 100,0%	0,709
	Mujer	132 95,6%	6 4,4%	138 100,0%	
Nivel de instrucción	Bajo	113 98,3%	2 1,7%	115 100,0%	<u>0.017</u>
	Alto	69 90,8%	7 9,2%	76 100,0%	
Ocupación	Trabaja	59 93,7%	4 6,3%	63 100,0%	0.454
	No trabaja	123 96,1%	5 3,9%	128 100,0%	
Estado Civil	Con pareja	91 94,8%	5 5,2%	96 100,0%	0.745
	Sin pareja	91 95,8%	4 4,2%	95 100,0%	
Con quien vive el paciente	Solo	20 100,0%	0 0%	20 100,0%	0.293
	Acompañado	162 94,7%	9 5,3%	171 100,0%	
Redes de Apoyo	Con redes de apoyo	159 94,4%	1 5,6%	160 100,0%	0.176
	Sin redes de apoyo	31 100,0%	0 ,0%	31 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

Aunque las cifras de adherencia para todos los grupos son muy bajas, los adultos jóvenes tienen un porcentaje más alto de adherencia (16,7%) que los otros dos grupos etarios donde la adherencia no alcanza al 5% de los pacientes. Sin

embargo, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p=0,369$). El porcentaje de adherencia entre hombres y mujeres es prácticamente igual, como lo es también el desglosado por tipo de ocupación y el estado civil.

Aunque entre los que viven solos y sin redes de apoyo la adherencia resulta algo mayor esta diferencia no es estadísticamente significativo.

Es de destacar que entre los 31 pacientes que dice no tener redes de apoyo social, ninguno tiene adherencia al tratamiento.

El único factor que resultó estadísticamente significativo es el nivel de instrucción ($p=0,017$), donde los pacientes con un nivel alto tienen una tasa de adherencia de 9,2%, mucho más alto que el 1,7% de los de nivel bajo.

TABLA 15. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA FARMACOLOGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al Tratamiento Farmacológico (Frecuencia)			Significancia (P=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Comorbilidades Asociadas	SI	100 95,2%	5 4,8%	105 100,0%	0.971
	NO	82 95,3%	4 4,7%	86 100,0%	
Quien entrega información sobre hipertensión arterial	Personal de Salud	133 94,3%	8 5,7%	141 100,0%	0.292
	Nadie	49 98,0%	1 2,0%	50 100,0%	
Comprensión de la información sobre hipertensión arterial.	Si comprende	149 94,3%	9 5,7%	158 100,0%	0.160
	No comprende	33 100,0%	0 ,0%	33 100,0%	
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Bajo Conocimiento	143 100,0%	0 ,0%	143 100,0%	<u>0.000</u>
	Mediano Conocimiento	39 100,0%	0 ,0%	39 100,0%	
	Alto Conocimiento	0 ,0%	9 100,0%	9 100,0%	
Tiempo de consulta médica	5-10 MINUTOS	38 95,0%	2 5,0%	40 100,0%	0.968
	10-15 MINUTOS	68 95,8%	3 4,2%	71 100,0%	
	15-30 MINUTOS	76 94,9%	4 5,1%	80 100,0%	
Confirmación e información sobre los valores de presión arterial por parte del médico durante la consulta	Si	157 95,2%	8 4,8%	165 100,0%	0.823
	No	25 96,2%	1 3,8%	26 100,0%	
Intervalos de controles médicos	Menos de 3 meses	133 95,7%	6 4,3%	139 100,0%	0.653
	Más de 3 meses	49 94,1%	3 5,9%	52 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico casi no cambia entre los pacientes que tienen comorbilidades, ni en relación con quien entrega la información, tampoco en cuanto al tiempo dedicado a la consulta médica, la

confirmación de los valores de presión arterial, ni el intervalo en los controles médicos. El factor que si influenciara la adherencia es el referido a los conocimientos sobre la enfermedad, donde los únicos que adhieren son los pacientes con alto conocimiento ($p=0,000$) a diferencia del nivel de conocimiento bajo o mediano, donde no hay pacientes que adhieran adecuadamente.

Entre los que comprenden la información sobre la HTA la adherencia es más alta 5,7% que entre los que no lo hacen (0,0%); pero esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

TABLA 16. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y ADHERENCIA FARMACOLOGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al tratamiento farmacológico (Frecuencia)			Significancia (p=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Costo del tratamiento	Gratuito	131 95,6%	6 4,4%	137 100,0%	0.939
	5-30 dólares/mes	33 94,3%	2 5,7%	35 100,0%	
	≥ 30 dólares/mes	18 94,7%	1 5,3%	19 100,0%	
Duración del tratamiento de Hipertensión Arterial.	Menor o igual a 5 años	88 94,6%	5 5,4%	93 100,0%	0.673
	Mayor de 5 años	94 95,9%	4 4,1%	98 100,0%	
Percepción de fracasos a tratamientos anteriores	SI	137 93,8%	9 6,2%	146 100,0%	<u>0.088</u>
	NO	45 100,0%	0 ,0%	45 100,0%	
Percepción de efectos beneficiosos del tratamiento farmacológico	SI	173 95,1%	9 4,9%	182 100,0%	0.494
	NO	9 100,0%	0 ,0%	9 100,0%	
Percepción de efectos adversos al tratamiento farmacológico	SI	65 98,5%	1 1,5%	66 100,0%	0.130
	NO	117 93,6%	8 6,4%	125 100,0%	
Complejidad del régimen terapéutico	SI	122 96,1%	5 3,9%	127 100,0%	0.476
	NO	60 93,8%	4 6,3%	64 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

Dentro de los factores relacionados con el tratamiento, el único factor que demuestra una influencia estadísticamente significativa ($p=0,08$) es el de la percepción de fracasos en tratamientos anteriores; curiosamente los que tienen esa percepción adhieren mas (6,2%) que los que no han experimentado fracaso (0%). Otros factores, como la gratuidad de la medicación antihipertensivano aseguró una mayor adherencia al tratamiento (4,4%), tampoco lo hizo la duración del tratamiento en la que la adherencia es casi igual para los que tienen más de 5 añosde tratamiento que para los que tienen menor tiempo. Una percepción de los efectos

beneficiosos del tratamiento permite adherencia en el 4,9% de los pacientes mientras que entre quienes no perciben este efecto la adherencia es nula. La diferencia en la adherencia entre aquellos que perciben los efectos adversos (1,5%) y quienes no los perciben (6,4%) tampoco resulta significativa. La monoterapia permite mayor adherencia al tratamiento 6,3%, a diferencia de la politerapia en que solo 3,9% adhieren. Sin embargo tampoco esta diferencia en relación a la complejidad del régimen terapéutico resulta estadísticamente significativa.

TABLA 17. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD Y ADHERENCIA FARMACOLOGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al tratamiento Farmacológico (Frecuencia)			Significancia (p=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Información de prescripción medica	SI	170 95,5%	8 4,5%	178 100,0%	0.545
	NO	12 92,3%	1 7.7%	13 100,0%	
Quién informa sobre prescripción medica	Personal de salud	177 95,1%	9 4,9%	186 100,0%	0.613
	Farmacia	5 100,0%	0 ,0%	5 100,0%	
Informe sobre el control de la enfermedad	Personal de Salud	131 94,2%	8 5,8%	139 100,0%	0.266
	Nadie	51 98,1%	1 1,9%	52 100,0%	
Comprensión de la información sobre hipertensión arterial.	Siempre	107 94,7%	6 5,3%	113 100,0%	0.589
	Nunca	33 100,0%	0 ,0%	33 100,0%	
	A veces	42 93,3%	3 6,7%	45 100,0%	
Estímulo que refuerza la motivación para continuar con las prescripciones	SI	136 95,8%	6 4,2%	142 100,0%	0.589
	NO	46 93,9%	3 6,1%	49 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

Los resultados relacionados con las subcategorías de factores del sistema de salud resultan algo contradictorios con lo esperado ya que los que reciben información sobre prescripción médica y estímulo que refuerza la motivación para continuar con las prescripciones adhieren menos (4,5% y 4,2%) que los que no la reciben (8,3% y 6,1%) respectivamente.

En los demás parámetros; quien informa sobre la prescripción y el control, así como en la comprensión los resultados corresponden a lo esperable: la información dada por el personal de Salud y una adecuada comprensión estimula la adherencia. Sin embargo, ninguno de estos factores muestra resultados concluyentes ya que todos los valores de p resultaron mayores a 0,1.

4.3 ADHERENCIA NO FARMACOLOGICA

A continuación se presentan los aspectos referentes a los cambios en los hábitos de alimentación y ejercicio que corresponden al tratamiento no farmacológico de la HTA.

TABLA 18. ADHERENCIA NO FARMACOLOGICA.

	Frecuencia	Porcentaje
No adherido al tratamiento	190	99.5
Adherido al tratamiento	1	.5
TOTAL	191	100.0

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

En el grupo de estudio el porcentaje de no adherencia al tratamiento no farmacológico es del 99,5; lo que quiere decir que solo 1 paciente cumple con estas prescripciones tal y como son recomendadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

TABLA 19. CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA⁵ EN PACIENTES CON HTA

	Escala	Frecuencia	Porcentaie
Con qué frecuencia realizan actividad física	1 vez por semana	15	7,9
	2 a 3 veces por semana	39	20.4
	4 a 5 veces por semana	6	3.1
	Todos los días	30	15.7
	Nunca	57	29.8
Tipo de actividad física	Caminar	76	39.8
	Trotar	2	1.0
	Aeróbicos/baile	12	6.3
	Otros	14	7.3
	Nada	41	21.5
Reducción del consumo de sal	Si	150	78.5
	No	41	21.5
Consumo de sal actual	Alto	5	2.6
	Moderado	99	51.8
	Baio	87	45.5
Frecuencia de consumo de grasas.	Nunca	34	17.8
	1 vez por semana	89	46.6
	2 o 4 veces	35	18.3
	5 a 6 veces	5	2.6
	Todos los días	27	14.1
Frecuencia de consumo de azucares	Nunca	44	23.0
	1 vez por semana	62	32.5
	2 a 4 veces	25	13.1
	5 a 6 veces	10	5.2
	Todos los días	49	25.7
Frecuencia de consumo de harinas.	Nunca	17	8.9
	1 vez por semana	72	37.7
	2 a 4 veces	56	29.3
	5 a 6 veces	5	2.6
	Todos los días	41	21.5
Frecuencia de consumo de frutas	Nunca	15	7.9
	1 vez por semana	29	15.2
	2 a 4 veces	62	32.5
	5 a 6 veces	8	4.2
	Todos los días	77	40.3

⁵Cambios en el estilo de vida se refiere a los hábitos de alimentación y ejercicio sugeridos en el tratamiento no farmacológico para los pacientes diagnosticados de la HTA, los cuales deben ser motivados por el personal de salud para que el paciente los practique diariamente.

Consumo de tabaco actual	Si	16	8.4
	No	175	91,6
Consumo de tabaco en el pasado	Si	60	31.4
	No	131	68.6

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

En relación a los cambios en los estilos de vida se encontró que el 29,8% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica esencial no realizan actividad física y solo el 15,7% lo practica a diario. El tipo de actividad física que realizan con mayor frecuencia es caminar (39,8%), pero hay un 21,5% que prefieren no realizar ninguna actividad. El 78,5 % de los entrevistados dice que ha reducido el consumo de sal desde que fueron diagnosticados de hipertensión arterial, pero el 58,1% de los pacientes del estudio mantiene un consumo moderado de sal en la actualidad.

La frecuencia del consumo de grasas, azúcares y harinas es una vez por semana en el 46.6 %, el 32.5 % y 37.7 % respectivamente. A pesar de esta disminución, el consumo aún es considerable: el consumo diario de azúcares se da en el 25,7%, de harinas en 21,5% y de grasas en el 14,1% de los entrevistados. El consumo de frutas es a diario en un 40,3%, 2-4 veces por semana un 32,5% y aun hay quienes reconocen nunca consumirlas (7,9%).

En lo que respecta al consumo de cigarrillo, en la actualidad el 91.6 % no los consume; pero hay un alto porcentaje que tampoco fumaba en el pasado (68,6%), por lo que la reducción es de solo el 20% de la población que dejo de fumar al ser diagnosticada con HTA y queda un importante 10% que todavía lo hace.

TABLA 20. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y ADHERENCIA NO FARMACOLOGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al tratamiento NO Farmacológico (Frecuencia)			Significancia (p=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Edad	Adultos Jóvenes	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%	0.000
	Adultos Mayores	143 100,0%	0 ,0%	143 100,0%	
	Ancianos	42 100,0%	0 ,0%	42 100,0%	
Sexo	Hombre	52 98,1%	1 1,9%	53 100,0%	0.107
	Mujer	138 100,0%	0 ,0%	138 100,0%	
Nivel de instrucción	Bajo	115 100,0%	0 ,0%	115 100,0%	0.217
	Alto	75 98,7%	1 1,3%	76 100,0%	
Ocupación	Trabaja	62 98,4%	1 1,6%	63 100,0%	0.153
	No trabaja	128 100,0%	0 ,0%	128 100,0%	
Estado Civil	Con pareja	95 99,0%	1 1,0%	96 100,0%	0.319
	Sin pareja	95 100,0%	0 ,0%	95 100,0%	
Con quien vive el paciente	Solo	20 100,0%	0 ,0%	20 100,0%	0.732
	Acompañado	170 99,4%	1 ,6%	171 100,0%	
Redes de Apoyo	Con redes de Apoyo	159 94,4%	1 5,6%	160 100,0%	0.176
	Sin redes de apoyo	31 100,0%	0 ,0%	31 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

El análisis de los factores sociodemograficos condicionantes de la adherencia al tratamiento no farmacológico, muestra la edad como valor estadísticamente significativo ($p=0,000$); Los adultos jóvenes presentan mayor adherencia al tratamiento no farmacológico (16,7%) frente a las edades de adultos mayores y ancianos de los cuales ningún paciente resultó adherente.

El único paciente que adhirió completamente al tratamiento resultó ser hombre, adulto joven, con un nivel de instrucción alto, con empleo y pareja (por lo que también vive acompañado) y con red social de apoyo; todo lo cual corresponde a lo esperable. Al haber solo 1 paciente que puede ser calificado de adherente las pruebas estadísticas resultan no significativas en casi todos los casos.

TABLA 21. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al Tratamiento Farmacológico (Frecuencia)			Significancia (p=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Comorbilidades Asociadas	SI	105 100,0%	0 ,0%	105 100,0%	0.268
	NO	85 98,8%	1 1,2%	86 100,0%	
Quien entrega información sobre los cambios en los estilos de vida.	Personal de salud	145 99,3%	1 0,7%	146 100,0%	0.856
	Familiares	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%	
	Nadie	44 100,0%	0 ,0%	44 100,0%	
Comprensión de la información sobre hipertensión arterial.	Si comprende	157 99,3%	1 0,7 %	158 100,0%	0.160
	No comprende	33 100,0%	0 ,0%	33 100,0%	
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Bajo Conocimiento	143 100,0%	0 ,0%	143 100,0%	0.000
	Mediano Conocimiento	39 100,0%	0 ,0%	39 100,0%	
	Alto Conocimiento	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%	
Tiempo de consulta médica	5-10 MINUTOS	40 100,0%	0 0%	40 100,0%	0.493
	10-15 MINUTOS	71 100,0%	0 ,0%	71 100,0%	
	15-30 MINUTOS	78 98,7%	1 1,3%	79 100,0%	
Confirmación e información sobre los valores de presión arterial por parte del médico durante la consulta	Si	164 99.3 %	1 0.7 %	165 100,0%	0.983
	No	26 100 %	0 0 %	26 100,0%	
Intervalos de controles médicos	Menos de 3 meses	138 99.3 %	1 0.7 %	139 100,0%	0.653
	Más de 3 meses	52 100 %	0 0 %	52 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014.

El único paciente que adhiere no tiene comorbilidades, recibe y comprende la información proporcionada por el personal de salud sobre los cambios en estilo de vida, y de sus valores de presión arterial en cada consulta, lo cual le permite tener un

alto nivel de conocimiento acerca de la HTA. Acude a controles médicos periódicamente, y el tiempo estimado de consulta es de 15 a 30 minutos.

Resulta interesante que cuando el paciente recibió información por parte del personal de salud este se adhiere mejor (0,7%) que al recibirlos de los familiares (0,0%).

Sin embargo, de todos estos factores el único que resulta estadísticamente significativo es el conocimiento sobre la HTA ($p=0,000$), en el cual niveles altos favorecen condicionan la adherencia.

TABLA 22. FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA

Subcategoría	Escala	Adherencia al tratamiento No Farmacológico (Frecuencia)			Significancia (p=)
		No Adherido	Si Adherido	Total	
Calidad de información sobre el tratamiento no farmacológico	Si	128 99,2%	1 ,8%	129 100,0%	0.487
	No	62 100,0%	0 ,0%	62 100,0%	
Motivación para aceptar las prescripciones no farmacológicas	Si	112 99,1%	1 ,9%	113 100,0%	0.405
	No	78 100,0%	0 ,0%	78 100,0%	
Personas que motiva a los pacientes para aceptar las prescripciones no farmacológicas	Personal de salud	145 99,3%	1 ,7%	146 100,0%	0.856
	Familiares	1 100,0%	0 0%	1 100,0%	
	NADIE	44 100,0%	0 ,0%	44 100,0%	
Percepción de efectos colaterales indeseados del tratamiento no farmacológico	SI	113 99,1%	1 ,9%	114 100,0%	0.410
	NO	77 100,0%	0 ,0%	77 100,0%	
Actividad física distinta a las actividades cotidianas	SI	82 98,8%	1 1,2%	83 100,0%	0.253
	NO	108 100,0%	0 ,0%	108 100,0%	
Disponibilidad de espacio físico seguro para realizar actividad física.	SI	102 99,0%	1 1,0%	103 100,0%	0.360
	NO	86 100,0%	0 ,0%	86 100,0%	
Disponibilidad de tiempo para realizar actividad física	SI	109 99,1%	1 ,9%	110 100,0%	0.390
	NO	81 100,0%	0 ,0%	81 100,0%	
Existencia de grupo organizado para realiza actividad física	SI	25 100,0%	0 ,0%	25 100,0%	0.697
	NO	165 99,4%	1 ,6%	166 100,0%	
Participación activa en uno de esos grupos	Si	33 100,0%	0 ,0%	33 100,0%	0.647
	No	157 99,4%	1 ,6%	158 100,0%	

Subcategoría	Escala	No adherido	Si adherido	Total	Significancia (p=)
Motivación para realizar actividad física	SI	90 98,9%	1 1,1%	91 100,0%	0.293
	NO	100 100,0%	0 ,0%	100 100,0%	
Personas que preparan los alimentos que usted consume	Usted mismo	123 100,0%	0 ,0%	123 100,0%	0.178
	Otros	67 98,5%	1 1,5%	68 100,0%	

Fuente: Encuesta pacientes HTA del Hospital Delfina Torres, marzo - abril 2014

El paciente que adhiere recibió información y motivación de los cambios en estilo de vida, proporcionada por el personal de salud. Además tiene percepción de los efectos colaterales indeseados del tratamiento no farmacológico, dispone de tiempo y espacio físico para realizar actividad física pero no asiste a clubes que fomenten el ejercicio físico; sus alimentos son preparados por familiares o los consume fuera de casa.

Todo esto está dentro de lo esperable y descrito en la literatura científica que aborda este tema, salvo la percepción de efectos colaterales indeseados, preparación de los alimentos, existencia y participación en grupo para actividad física.

En todo caso, y probablemente debido a que solo se encontró un paciente con adherencia completa, ninguna de estas diferencias resulta estadísticamente significativa.

CAPITULO V. DISCUSION

a) Consideraciones metodológicas

Las condiciones que permitieron la realización de este estudio fueron la apertura y colaboración del personal médico, administrativo y pacientes. Entre las principales limitaciones se encuentra: falta de inclusión del valor del peso inicial y actual del paciente lo cual hubiera permitido una valoración más acertada acerca de la adherencia al tratamiento no farmacológico. El alto porcentaje de pacientes no adherentes, tanto para el tratamiento farmacológico como no farmacológico, hizo difícil la realización de algunas pruebas estadísticas. Debemos considerar que el test de Morisky-Green tiende a sobreestimar la no adherencia al tratamiento farmacológico, pero es el test más usado internacionalmente y en otros estudios los valores de adherencia son mayores.

En cuanto a la valoración del tratamiento no farmacológico, la falta de una encuesta modelo ya validada en otros estudios nos motivó a diseñar una encuesta en base a las recomendaciones no farmacológicas que se plantean en las guías de tratamiento sobre hipertensión arterial sistémica esencial, especialmente la establecida por la MSP (2). Esto aparentemente resultó excesivamente “exigente” ya que el porcentaje de adherencia fue muy bajo.

Se encontró 1 solo paciente con adherencia completa al tratamiento no farmacológico, por lo que resulta difícil realizar un análisis estadístico acerca de los factores que condicionan la no adherencia a estas prescripciones sobre los cambios en estilo de vida.

b) Discusión del estudio

El abordar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es importante tanto para los servicios de salud como para el paciente; es un aspecto clave para abatir o controlar las múltiples consecuencias de este problema de salud (5). No obstante, la expectativa de que el paciente mantenga una adecuada adherencia al tratamiento aun no se refleja en la realidad. Así lo demuestra la presente investigación en pacientes hipertensos del Hospital Delfina Torres en Esmeraldas, quienes al igual que en otros estudios, mantienen un alto porcentaje de no adherencia tanto en el campo farmacológico (95,3%) como en el no farmacológico (99,5%).

Un estudio realizado en 142 pacientes hipertensos que asistieron a consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el año 2013 analizó el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, obteniendo un 73% de no adherencia al tratamiento farmacológico y 28% de adherencia al tratamiento farmacológico (39). Estos valores, sin ser ideales, son bastante más favorables que lo encontrado en nuestro estudio. Cabe destacar que en ambos estudios se utilizó el mismo instrumento para estudiar la adherencia: el test de Morinsky- Green.

Un grupo de pacientes en Perú resultó adherente al tratamiento farmacológico en un 37,9%, del total de la población estudiada (n=103) (26).

Otro estudio realizado en el Hospital Comunitario de Yungay ubicado en Chile, aplicando el test de Morinsky- Green en 74 pacientes con HTA, obtuvo un 45,9% de adherencia al tratamiento antihipertensivo (35). La tasa de falta de adherencia al tratamiento farmacológico según estudios en pacientes hipertensos resulta entre el 7,1% y el 55,2%, con una media ponderada del 32,3 %. En cuanto a la no adherencia a medidas higiénico-dietéticas en los pacientes hipertensos, en España, este valor se sitúa alrededor del 85% (8).

Otros artículos plantean que más del 40% de hipertensos en tratamiento toman la medicación de manera incorrecta, y aproximadamente el 80% fallan con las restricciones alimentarias, de ejercicio, de disminución del consumo de tabaco y alcohol (24).

Frente a un porcentaje bajo de adherencia al tratamiento farmacológico (4,7%) y no farmacológico (0,5%) es pertinente conocer qué factores la condicionan. En el presente estudio se analizaron los siguientes factores condicionantes; sociodemográficos, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y relacionados con el sistema de salud.

Los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Provincial de Esmeraldas, son en su mayor parte adultos, de género femenino, con un nivel de instrucción primaria completa, amas de casa, solteros, y cuentan con una red de apoyo afectiva dada por la convivencia con familiares. Entre estos factores sociodemográficos el nivel de instrucción ($p=0.003$) es el único que muestra una relación estadísticamente significativa con la adherencia; un nivel de instrucción alto favoreció una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico. En el grupo de factores relacionados con la enfermedad, el nivel de conocimiento sobre la misma es el más relevante ($p=0.000$). De los factores relacionados con el tratamiento destaca que una percepción de fracasos anteriores ($p=0.08$) puede incentivar la adherencia, como también lo hace el percibir efectos beneficiosos del mismo, a pesar de no resultar un parámetro significativo ($p=0.49$).

Según lo descrito en la literatura, los conocimientos de la evolución a corto y largo plazo de la hipertensión arterial sistémica esencial, la prevención y las conductas de salud pueden hacer que el paciente tenga una adecuada adherencia (17); el presente estudio encontró que un nivel de conocimiento bajo acerca de la HTA está relacionado con una baja adherencia a la terapéutica prescrita.

En los factores relacionados con el sistema de salud, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la adherencia.

Un estudio realizado por la Universidad Estatal a Distancia en Costa Rica, buscó establecer relación entre el género y adherencia al tratamiento; los resultados mostraron que entre el género masculino quienes contestaron que siempre cumplen con la ingesta de medicamentos en el horario establecido fueron de un 75,6%, y un 95,1% contestó que siempre toma las dosis indicadas por el médico. Para las mujeres estos valores fueron parecidos: 76,9% y 89,7% respectivamente. En cuanto al cumplimiento de la dieta, el 22% de los hombres y el 20,5% de las mujeres manifiestan que siempre lo hacen. En la asistencia a las consultas de seguimiento, 69,9% de las mujeres contestaron que siempre asisten, en los hombres el 61,5% contestó que lo hacen. Estos datos indican que no se encontró diferencia significativa entre géneros en cuanto a su adherencia al tratamiento (25) tanto farmacológico como no farmacológico.

Otro estudio realizado en Perú, en el cual se valoró la adherencia farmacológica mediante el test de Morisky - Green en 103 pacientes con HTA que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia, mostró que el 80,6% de los/as participantes tenía 60 años o más, 69,9% era del sexo femenino y 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. 6,8% era analfabeto y 52,4% tenía grado de instrucción primaria; en cuanto al estado civil un 68% eran casados. Se halló que el estado civil viudo tiene relación con la adherencia al tratamiento, pero se consideró este dato como producto del azar (26).

El grupo de estudio conformado por 74 pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay en Chile, presentó las siguientes características sociodemográficas: el 16% de los pacientes eran analfabetos, el 51% tenía educación básica incompleta y solo el 1% tenía estudios superiores. En relación a

los niveles de presión arterial, sólo un 47,9% presentó presión arterial controlada. De los que presentaron presión arterial elevada, el 66,6% eran mujeres y el 41% eran mayores de 65 años. En total, de los pacientes con hipertensión descompensada, el 33,8% correspondía al grupo de aquellos con educación básica incompleta y analfabetos. En cuanto a la red de apoyo un 17,2% respondieron que contaban con familiares o vecinos que estaban pendientes de la administración de los medicamentos; sin embargo, de los pacientes que contaban con una red de apoyo adecuada solo, el 47,6% presentó una compensación adecuada de sus niveles de presión arterial. El 72,7% de los pacientes que usaban tres fármacos presentaban presión arterial elevada. De los pacientes adherentes, el 47% usaba monoterapia (35).

De modo similar en una institución de salud en Medellín, se estudiaron los factores de riesgo cardiovascular. El grupo bajo estudio tenía un 86% de pacientes hipertensos, muchos de los cuales presentaban comorbilidades como dislipidemia, sedentarismo y obesidad; la edad promedio del grupo de estudio resultó ser de 65 años; y el 81.1% correspondía a mujeres. Se valoraron los factores condicionantes para la adherencia al tratamiento farmacológico, encontrándose que en relación a los factores sociodemográficos ($p=0.004$), a medida que aumenta la escolaridad existe mejor adherencia al tratamiento. Estos factores predominaron sobre los factores relacionados con el proveedor ($p = 0.926$), factores relacionados con la terapia ($p = 0.101$) y factores relacionados con el paciente ($p = 0.503$) (28). Estos hallazgos resultaron similares a los de este estudio.

En referencia al otro aspecto de la adherencia, relacionado con el tratamiento no farmacológico, que pone en juego las conductas desalud que el paciente integra en su alimentación, actividad física, y en el abandono de hábitos perniciosos, se encontraron niveles casi nulos de adherencia completa a las recomendaciones del

facultativo. A pesar de su importancia, es un campo que no se ha abordado ni en la investigación ni en la práctica cotidiana de los servicios de salud. Probablemente se conoce su importancia de modo teórico, pero en la práctica diaria no se aplica regularmente.

Los pacientes del presente estudio muestran una práctica de hábitos saludables, tales como realizar actividad física de bajo impacto de preferencia caminar); el consumo de sal aún es moderado (51,8%) destacándose que esta reducción de consumo inició desde su diagnóstico de HTA. El consumo de frutas y vegetales es moderado en contraste con la reducción parcial de grasas, harinas y azúcares. Respecto a hábitos perniciosos, el consumo de cigarrillo es bajo, aunque lo era también antes de la HTA y aún queda un 10% de pacientes que siguen fumando.

Los hábitos saludables de alimentación, especialmente el consumo de sal en pacientes hipertensos aún no alcanza niveles bajos esperados, así también lo indica una investigación realizada en 111 pacientes mayores a 30 años de etnia afroecuatoriana de la comunidad La Loma, cantón Carchi, de los cuales el 32,4% tiene hipertensión arterial; de ellos solamente el 29% mantiene un consumo bajo de sal (40).

El consumo de harinas refinadas, azúcares (dulces) y grasas (frituras) persiste en niveles moderados, y el consumo de frutas aún no alcanza un consumo diario, características que también se reflejan en el estudio realizado para conocer los estilos de vida en pacientes hipertensos, que acudieron a los subcentros de salud (San Pablo de Atenas y Balsapamba) de la Provincia de Bolívar. De los 130 pacientes de 30-65 años entrevistados el 46% considera muy importante tener una nutrición adecuada, el 54% la considera de poca importancia y el 22% afirma que la nutrición no es importante. Entre los alimentos que más consumen los pacientes

que asisten al Subcentro de Salud Balsapamba están el arroz y el pan, en un 48%; carnes 24%, grasas 6%, lácteos 8% y frutas 14%. En relación los pacientes que acuden al Club de Hipertensos de San Pablo de Atenas, un 33% consume tortillas y pan ya que es la especialidad del sector, el 43% carnes, grasas y lácteos en un 7% y el 10% consume frutas (41).

Aun no se ha definido con claridad si se considera como actividad física a las actividades diarias o actividades que permiten ejercitarse; sin embargo, los pacientes incluyen como ejercicio a sus actividades diarias. En la provincia de Bolívar se encontró que 4 de cada 10 pacientes manifiestan que la actividad física es muy importante para mantenerse sanos y saludables. En la parroquia Balsapamba el 52 % y en San Pablo de Atenas el 40% respectivamente expresan que si realizan actividad física (considerando las actividades de agricultura y ganadería). La frecuencia de actividad física es ocasional (46%) en Balsapamba y rara vez (33%) en San Pablo de Atenas (41).

Los hábitos perniciosos tales como el consumo de cigarrillo son bajos en la comunidad de Esmeraldas (8,4%) en comparación con otras comunidades de la provincia de Bolívar como Balsapamba y San Pablo de Atenas donde el 70% y el 63% respectivamente fuman; los pacientes argumentan que lo hacen debido al clima frío de la zona. Estas poblaciones fuman o mantiene este hábito desde hace 10-20 años (53%), con un consumo promedio de 5-10 cigarrillos diarios.

No obstante, a pesar de la práctica de alguno de estos hábitos saludables entre los pacientes incluidos en la presente investigación, no se ha generado una adecuada adherencia al manejo integral no farmacológico de la HTA (0,5%). Al momento de encuestar a los pacientes y preguntar qué actividad física realizaban, su respuesta habitual fue caminar, lo que hacen cuando realizan actividades como ir al mercado o al trabajo. Esta práctica, si bien puede contribuir a mantenerse saludable no

corresponde a las recomendaciones de OMS para el manejo de la HTA. Sería precisodar a conocer que la realización de actividad física es recomendada como mínimo 3 veces por semana con una duración mínima de 30 minutos, con zapatos y ropa deportiva exclusivamente para realizar ejercicio y no confundirlo con las actividades cotidianas del ir al centro comercial o al trabajo. Con lo expuesto, los pacientes del presente estudio estarían aún considerados como personas que llevan una vida sedentaria.

En cuanto al consumo de los alimentos, varios pacientes exponían que la frecuencia de consumo de frutas y verdurasvaríade acuerdo a la disponibilidad o accesibilidad de estos productos. En relación al modo de preparación de los alimentos, la mayoría de pacientes explicó que cuando lo prepararan en casa evitan los fritos, pero si consumen en restaurantes a veces les resulta complicado o imposible hacerlo.

Con respecto al consumo de cigarrillo, 91,6% de los pacientes contestaron queevitan su consumo.

El paciente que adhiere completamente al tratamiento no farmacológico tiene características sociodemograficas que corresponden tanto con lo esperable como con lo descrito en la literatura científica sobre el tema: es un adulto joven, hombre, con alto nivel de instrucción, que trabaja y tiene una pareja, además de contar con redes de apoyo.

En cuanto a los factores condicionantes de la adherencia al tratamiento no farmacológico, comparten similitud con el tratamiento farmacológico debido a que los factores sociodemográficos y factores relacionados con la enfermedad nuevamente se exponen como significativos ($p=0,000$).

De los factores sociodemográficos el grupo etario sobresale como condicionante de la adherencia al tratamiento no farmacológico, lo cual hace del adulto joven un paciente idóneo para adherirse a las prescripciones de hábitos saludables. A su vez, los adultos mayores parecen ser un grupo propicio a la baja adherencia al tratamiento no farmacológico, lo cual puede ser debido a que los adultos mayores son hipertensos proclives a comorbilidades, y por tanto a una polifarmacia; y cuentan con redes de apoyo inestables tanto afectivas, instrumentales e informativas. En su mayoría los pacientes necesitan apoyo para sentirse motivados, para lograr una adecuada adherencia a las conductas saludables que demanda la HTA, y esto generalmente no se da en los adultos mayores.

En cuanto a los factores relacionados con la enfermedad, un nivel de conocimiento alto acerca de los hábitos saludables influye para la adherencia; quienes poseen un bajo conocimiento no se adhieren. La entrega periódica de información y motivación a estos pacientes acerca de los cambios que deben realizar en su estilo de vida, resultará beneficioso para alcanzar, no solo niveles altos de conocimiento, sino una práctica sostenida de hábitos saludables.

El único paciente que muestra una adecuada adherencia al tratamiento no farmacológico admite recibir apoyo, motivación, e información acerca de su tratamiento farmacológico y no farmacológico por parte del personal de salud, lo cual se refleja en un parcial conocimiento acerca de su enfermedad. Además, este paciente dice tener buena accesibilidad a la medicación. Sería importante por lo tanto reforzar estos aspectos también en los demás pacientes, aunque ninguno de ellos muestra ser eficaz por sí solo para mejorar la adherencia al tratamiento no farmacológico.

Los resultados de adherencia a la terapéutica prescrita en el presente estudio motivan a pensar cual es realmente la causa para tan baja adherencia. Como respuesta consideramos posibilidades como falta de conocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento integral por parte del personal de salud, lo que genera que a su vez el paciente también desconozca esa importancia para el control de su enfermedad. Los pacientes reciben en su consulta el diagnóstico de HTA e información acorde de cómo será su tratamiento terapéutico, pero al parecer no se realiza un continuo seguimiento y evaluación del nivel de adherencia que mantiene el paciente a corto y largo plazo, tanto de su medicación antihipertensiva, como de la práctica de hábitos saludables. La accesibilidad económica y de movilización desde zonas rurales distantes al área hospitalaria también puede desmotivar al paciente y a quienes lo acompañan asistir a las consultas de control. Durante su tratamiento los pacientes comparten experiencias con otros pacientes, que les relatan que la medicación se toma solamente cuando existe algún malestar y luego es mejor tomar bebidas naturales; esto fomenta creencias erróneas en los pacientes. La falta de organización de redes de apoyo, soporte nutricional y físico para fomentar los hábitos saludables, también contribuye a que el manejo sea inadecuado y no se logre los resultados esperados.

Es preciso resaltar que el avance hacia una mayor adherencia, que se mantenga a largo plazo, es un trabajo conjunto del personal de salud y del entorno del paciente, motivando a que ellos persistan en mantener mejores niveles de adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica presentan una muy baja adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; esta es inferior a reportes en estudios similares tanto en el país como en la región.
2. La adherencia al tratamiento no farmacológico es muy baja; sin embargo, muchos pacientes mantienen una práctica moderada de algunas de las indicaciones relacionadas con los cambios en el estilo de vida, pero no cumplen siempre con todas ellas.
3. Los cambios de estilo de vida más complicados de hacer y sostener en el tiempo resultaron ser los relacionados con la alimentación especialmente la disminución de consumo de azúcares, harinas y grasas.
4. Los factores sociodemográficos, los relacionados con la enfermedad y con el tratamiento condicionan frecuentemente la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; los que más resaltaron son nivel de instrucción, grupo etario, nivel de conocimiento sobre HTA y percepción de fracasos a tratamientos anteriores.
5. El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad influye positivamente la adherencia al tratamiento integral.
6. A pesar de que los factores sociodemográficos, los relacionados con la enfermedad y los relacionados con el tratamiento son los predominantes, no se debe subestimar los factores relacionados al sistema de salud, porque cada elemento de este puede generar pautas de acción en pro de mejorar la adherencia.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio que permita analizar a profundidad las causas del bajo nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Delfina Torres.
2. Realizar intervenciones educativas aplicables en los grupos susceptibles de baja adherencia para fomentar el cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas dadas por el médico.
3. Enfocar estas interacciones en los adultos mayores, mujeres y pacientes sin pareja, con bajo nivel de instrucción.
4. Integrar a todo el personal de salud (médicos, enfermeras y encargados de farmacia) en un compromiso mutuo con el paciente y sus redes de apoyo, motivando hacia una adecuada adherencia al tratamiento.
5. Establecer cambios que permitan a los servicios de salud dar un seguimiento continuo a la adherencia al tratamiento integral de los pacientes crónicos.
6. Enfatizar la importancia del tratamiento no farmacológico, no solamente con los pacientes sino con el personal de salud.

El aporte del presente estudio es brindar una visión general de la situación de adherencia al tratamiento integral, e identificar alguno de sus factores influyentes. Esto podría generar nuevas líneas de investigación que ayuden a diseñar estrategias en este campo. Para esto se plantean estudios cada vez más específicos, con uso de otros métodos de evaluación o de recolección de información, que permita valorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y así poder compararlos con estudios de otros hospitales o países.

GLOSARIO

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

BHS: British Hipertension Society

CE: test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud

ESC: European Society Cardiology

ESH: European Society Hipertension

FRCV: Factor de riesgo cardiovascular

FRCV: Factor de riesgo cardiovascular

HTA: Hipertensión Arterial Sistémica

IG: Índice de GraQoI

JNC VII: Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial

LOD: Lesión de órgano diana

MEMS: monitores electrónicos de control de la medicación

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAD: Presión arterial diastólica.

PARS: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

PAS: Presión arterial sistólica

SEH: Sociedad Española de Hipertensión

TAD: Tensión Arterial Diastólica

TAS: Tensión Arterial Sistólica

Tto: Tratamiento

VDA (Vda): Viuda

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo 2013 [online]. [citado 2014 Feb 11]. Disponible en URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Diabetes 1, Diabetes 2, Dislipidemias, Hipertensión Arterial) [online]. 2011 Jun 1 [citado 2014 Feb 11]. Disponible en URL: http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf
3. Defaz B., Aguirre O. Hipertensión Arterial. e-Análisis [serial online]. 2013 Abr [citado 2014 Feb 11]. Disponible en URL: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
4. Ferrera Nuria v. et al. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *RevFedArgCardiol*[serie en línea] 2010 [citado 2014 Feb 11]; 39 (3):[194-203]. Disponible en; URL: http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art_orig/arorig02/ferrera.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. [online]. 2003. Disponible en URL:: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
6. Crespo Tejero N. , Rubio Franco V. ,Casado Morales M., Sánchez-Martos J. y Campo Sien C.. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. *Hipertension*. [serie en línea] 2000 Ene [citado 2014 Feb 11]; 17(1):[4-8]. Disponible en; URL: <http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular-67/factores-moduladores-adherencia-farmacologica-hipertension-arterial-estudio-10017208-originales-2000>
7. Pozo Muñoz Carmen, Alonso Morillejo Enrique, Martos Méndez María José, Salvador Ferrer Carmen María, Martínez Casado María Jesús. Adherencia al tratamiento en trabajadores de la Administración Pública: factores relacionados con la salud y el bienestar. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Sep 12] ; 55(215): 63-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2009000200006>.
8. Sánchez R., Ayala M., Baglivo H., Velázquez C., Burlando G., Kohlmann O., et. al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *RevChilCardiol.* [online] 2010; 29 (1): [117-144]. Disponible en URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2010.
10. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Global Health Observatory. Raised blood pressure. Situation and trends. Recuperado el 15 de febrero de 2013. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/index.html
11. Cinza-Sanjurjo S, et al. Hipertensión arterial resistente en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria de España. Estudio PRESCAP 2010. Semergen. 2014. Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.014>
12. Controlan Hipertensión. Diario La Hora Regional Esmeraldas; 15 Abril 2014: Sec. Sociedad.
13. Ordoñez García Pedro, Pérez Flores Enrique, Hospedales James. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev PanamSaludPublica [online]. 2010 Oct [cited 2014 Aug 03] ; 28(4): 311-318. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892010001000011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010001000011>.
14. Rojas, N. , Herrera, A., De la Noval García R., González M., Medina C. , Rodríguez, T. ¿La toma convencional de presión arterial resulta idónea para el diagnóstico y clasificación de Hipertensión Arterial?. Rev Cubana CardiolCir Cardiovasc, 2013. [online] 2014;19(2): [101-106]. Disponible en URL: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewFile/382/354>
15. AchiongEstupiñán F, Morales Rigau J, Acebo Figueroa F, González Hernández Y, Abreu Leon E, Vega Rico O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. RevMéd Electrón [online]. 2014 Marz-Abr [Julio 2014];36(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
16. Sánchez J. Factores de riesgo asociados a la presentación de Hipertensión Arterial no controlada en pacientes mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Junio 2006 a Junio 2008. Tesis para optar el título el título profesional de médico cirujano. Lima – Perú 2009. Disponible en URL: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/224>
17. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. [online]. 2003 [citado 2014 May]. Disponible en URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
18. Ortego Maté María del C., López González Santiago, Álvarez Trigueros María L. Adherencia al tratamiento. Ciencias psicosociales I. Open Courseware. [online]. [citado 2014 May]. Disponible en URL: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf
19. Protocolo: *La adhesión al tratamiento*. [online]. [citado 2014 May]. Disponible en URL: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/protocolo3.pdf>
20. Gómez Santiago Ma. Inés. *La importancia de la adhesión al tratamiento*. [online] 17 abril 2012.[citado 2014 May]. Disponible en URL: <http://hdl.handle.net/10818/1646>

21. Granados, Elodia Elisabeth, Escalante, Eduardo. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit [online]* 201; 16(2): [203-216]. Disponible en URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200010&lng=pt&tlng=es.
22. Ortiz Viveros Godeleva Rosa, Ortega Herrera Érika. *Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud*. Rev Psicología y Salud [online] 2011 [citado 2014 May]; 21 (1):[79-90]. Disponible en URL: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
23. Enrique Silva Germán, Galeano Esmeralda, Orlando Correa Jaime. *Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia*. Acta Med Colombia. [online] 2005 Oct-Dic [citado 2014 May]; 30(4): [268-273]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
24. Varela Arévalo María Teresa. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico[online]* 2010; 7(14):[127-140]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>
25. Arce Espinoza Lourdes, Monje Najera Julian. Género y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Cuadernos de investigación UNED [online] 2009 Dic; 1(2):[163-170]. Disponible en URL: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/cuadernos/article/view/226>
26. Carhuallanqui Rolando, Diestra-Cabrera Gabriela, Tang-Herrera Jessica, Malaga German. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered [online]* 2010; 21(4): [197-201]. Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005
27. Martos Mendez Ma. Jose. *Relaciones interpersonales y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos*. Tesis Doctoral. [online] 30 Jul 2009 [citado 2014 May]. Disponible en URL: <http://books.google.com.ec/books?id=0ThBAQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
28. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 163-174. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>
29. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
30. Quinceno Japcy Margarita, Vinaccia Stefano. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del *illness perception questionnaire*. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. [online] 2010; 25: [56-83]. Disponible en URL: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/41/606>

31. García-Fernández M^a Nieves, De Cabo-Laso Angela, Nogales-Carpintero Jose Ignacio et al. Validez y Fiabilidad de los Instrumentos de medida en adherencia terapéutica: Detectar los no cumplidores. Banco de evidencias de Sacyl [online] 2009. [3-34]. Disponible en URL: www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales
32. Márquez Contreras. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. [online] 2004 Abril [citado 2014 May]; 1(1):[5-6]. Disponible en URL: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin3.pdf>
33. Conthe Pedro et al. Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. [online] 2012 [citado 2014 May]. Disponible URL: <http://www.fesemi.org/documentos/1350634836/publicaciones/consensos/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>
34. Dilla Tatiana, Valladares Amparo, Lizán Luis y Sacristán José Antonio. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. [online] 2009 [citado 2014 May]; 41(6):[342-348]. Disponible en URL: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=articulo=13139004&pid_usuario=0&pcontactid=&pid=revista=27&ty=48&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n06a13139004pdf001.pdf
35. Noack de la F. Karin, Cornejo-Contreras Guillermo, Noack de la F. Karl, Castillo L. Juan Andrés. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. REVISTA ANACEM, 2013 [online]; 7(2): [75-78]. Disponible en URL: http://www.revistaanacem.cl/pdf/vol7/7.2-hipertensos_yungay.pdf
36. Delgado Gonzalez E, Gonzalez Esteban MP, Ballesteros Alvaro AM, et. al. ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar?. Una revisión sistemática de la literatura. Banco de evidencias de Sacyl [online] 2009. [1-120]. Disponible en URL: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/delgado-instrumentos-01.pdf>
37. Coral Del Castillo Luis. Métodos Indirectos. [online] [citado 2013 Oct.]. Disponible en URL: http://www.fundapoyarte.org/contenidos/METODOS_INDIRECTOS_ADHERENCIA.pdf
38. Ocho M. Marcela, Peraz Nohora, Tamayo C. Martha. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del programa de factores de riesgos cardiovasculares del Hospital Militar Central. Tesis Doctoral. [online] Agosto 2008 [citado 2014 Oct.]. Disponible en URL: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2272/1/121851.pdf>
39. López Erazo Oswaldo Galvany. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero - abril 2013. Tesis Doctoral. [online] Agosto 2013 [citado 2014 Oct.]. Disponible en URL: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5930>

40. Aguas Nelly Fernanda. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad La Loma, Cantón Mira, provincia del Carchi 2011. Tesis Licenciatura. Julio 2012 [citado 2014 Oct.]. Disponible en URL:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLETA%20NELLY%20AGUAS.pdf>
41. Uscha Carola, Escobar Jesika, Caluña Jessica. Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los subcentros de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba durante el periodo de diciembre 2010 a marzo del 2011. Tesis Licenciatura. Septiembre 2011. [citado 2014 Oct.]. Disponible en
URL:<http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/443/1/TESIS%20DE%20ESTILOS%20DE%20VIDA.pdf>
42. Freire Wilma B. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador Del Ecuador. ENSANUT-ECU. 2011-2013. [online] Resumen ejecutivo (1): [5-114]. Disponible en: <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut>

ANEXOS

1. Tabla de variables planteadas en el estudio
2. Encuesta aplicada en el estudio.
3. Consentimiento informado

ANEXO 1

✓ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES					
INDEPENDIENTES. FACTORES CONDICIONANTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
Conceptualización	Categorías	Subcategorías	Escalas	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. (A)	Factores comunes (1)	Edad (1)	Adultos jóvenes (18-35 años) Adultos mayores (36-65 años) Ancianos. (>65 años)	PORCENTAJE	ENCUESTAS
		Sexo (2)	Hombre Mujer	PORCENTAJE	
		Nivel de instrucción (3)	Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Bachiller Superior	PORCENTAJE	
		Ocupación (4)	Ama de Casa Trabajo independiente Trabajo dependiente Jubilado	PORCENTAJE	
		Estado civil (5)	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	PORCENTAJE	
		Con quien vive paciente (6)	Solo/a Esposo/s a Hijos Amigos Esposa e Hijos Otros	PORCENTAJE	
		Redes de apoyo (7)	Personal de salud Familiares Amigos Vecinos Ninguno Personal de salud y	PORCENTAJE	

			familiares		
		Comorbilidades Asociadas (8)	Diabetes Otras	PORCENTAJE	
		Recibió información sobre Hipertensión arterial (9)	SI NO	PORCENTAJE	
		Persona quien entrega información sobre Hipertensión arterial (10)	Médico Enfermera Otras Nadie	PORCENTAJE	
		Comprensión de la información sobre Hipertensión arterial (11)	Siempre A veces Nunca	PORCENTAJE	
		Conocimiento sobre Hipertensión Arterial (12)	Si conoce No conoce	PORCENTAJE	
		Tiempo de consulta médica (13)	5-10 minutos 10-15 minutos 15-30 minutos > 30 minutos	PORCENTAJE	
		Confirmación e información sobre los valores de Presión Arterial por parte del médico durante la consulta (14)	En toda las consultas En la mayoría de las consultas Cuando lo necesito A veces Nunca	PORCENTAJE	
		Intervalos de controles Médicos (15)	2 veces/mes 1 vez/mes Cada tres meses. Cada 6 meses	PORCENTAJE	
Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico. (B)	FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD. (2)	Información de prescripción médica. (16)	SI NO	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Quien Informa sobre prescripción médica (17)	Médico Enfermera Farmacia	PORCENTAJE	
		Información sobre el control de la enfermedad. (18)	SI NO	PORCENTAJE	
		Persona quien informa sobre el control de la enfermedad.(19)	Médico Enfermera Nadie	PORCENTAJE	
		Comprensión de	SI	PORCENTAJE	

		la información sobre el control de la enfermedad. (20)	NO		
		Estimulo que refuerza la motivación para continuar con las prescripciones (21)	SI NO	PORCENTAJE	
Aspectos condicionantes de la adherencia al	FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO. (3)	Costo del Tratamiento (22)	Nada 5-10 dólares/mes 10-20 dólares/mes 20-30 dólares/mes >30 dólares/mes	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Duración del tratamiento de Hipertensión Arterial (23)	Menos de 1 año. Entre 1 año y 5 años. Mayor a 5 años.	PORCENTAJE	
		Percepción de fracasos de tratamientos anteriores (24)	SI NO	PORCENTAJE	
		Percepción de efectos beneficiosos del tratamiento farmacológico (25)	Si A veces Nunca	PORCENTAJE	
		Percepción de efectos adversos del tratamiento farmacológico. (26)	Siempre A veces Nunca	PORCENTAJE	
		Complejidad del régimen terapéutico. (27)	Monoterapia Politerapia.	PORCENTAJE	
DEPENDIENTES. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.					
Conceptualización	Categorías	Sub categorías	Ítems básicos	Indicadores	Técnicas e instrumentos
ASPECTOS CONDICIONANTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (C)	FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA. (4)	Calidad de información sobre el tratamiento no farmacológico (28)	SI NO	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Motivación para aceptar las prescripciones no farmacológicas (29)	SI NO	PORCENTAJE	
		Personas que motivan a los	Medico Enfermera	PORCENTAJE	

		pacientes para aceptar las prescripciones no farmacológicas (30)	Familiares Otros		
		Percepción de efectos colaterales indeseados del tratamiento no farmacológico.(31)	SI NO	PORCENTAJE	
		Actividad física distinta a la que le exige sus actividades cotidianas (32)	SI NO	PORCENTAJE	
		Disponibilidad de espacio físico seguro para realizar actividad física (33)	SI NO	PORCENTAJE	
		Disponibilidad de tiempo para realizar actividad física (34)	SI NO	PORCENTAJE	
		Existencia de un grupo organizado para realizar actividad física (ejercicio, baile, etc.) (35)	SI NO	PORCENTAJE	
ASPECTOS CONDICIONANTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (C)	FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA. (4)	Participación activa en uno de esos grupos (36)	SI A VECES NO	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Motivación para realizar actividad física (37)	SI NO	PORCENTAJE	
		Persona que prepara los alimentos que usted consume (38)	Ud. Mismo Pareja Familiar Restaurante Otros	PORCENTAJE	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (D)	Adherencia al tratamiento farmacológico valorada mediante el Test de Morisky Green.	Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? (39)	SI NO	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Toma la medicación a la hora indicada. (40)	SI NO	PORCENTAJE	
		Cuando se encuentra bien, Deja alguna vez de tomar la medicación? (41)	SI NO	PORCENTAJE	
		Si alguna vez se siente mal, deja	SI NO	PORCENTAJE	

		de tomar la medicación? (42)			
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (D)	Adherencia al tratamiento no farmacológico valorada mediante una encuesta propuesta	Frecuencia con que realiza actividad física (43)	1 vez/semana 2-3veces/sem 4-5 veces/sem. Todos los días	PORCENTAJE	ENCUESTA
		Tipo de actividad física que usted realiza. (44)	Caminata Correr Aerobicos/bail e Otros	PORCENTAJE	
		Bajo consumo de sal desde que fue diagnosticado de hipertensión arterial. (45)	SI NO	PORCENTAJE	
		Consumo de sal actualmente (46)	ALTO MEDIO BAJO	PORCENTAJE	
		Frecuencia de consumo de grasas (aceite, mantequilla, fritos, etc.)? (47)	Nunca 1 vez/ semana 2 a 4 veces 5 a 6 veces Todos los días	PORCENTAJE	
		Frecuencia de consumo de azúcar (dulces, pasteles, gaseosas, etc.) (48)	Nunca 1 vez/ semana 2 a 4 veces 5 a 6 veces Todos los días	PORCENTAJE	
		Frecuencia de consumo de harinas (pan, fideos, etc.)? (49)	Nunca 1 vez/ semana 2 a 4 veces 5 a 6 veces Todos los días	PORCENTAJE	
		Frecuencia de consumo de alimentos como el banano, apio, frutos secos. (50)	Nunca 1 vez/ semana 2 a 4 veces 5 a 6 veces Todos los días	PORCENTAJE	
		¿Fuma actualmente? (51)	SI NO	PORCENTAJE	
		Fumo Anteriormente (52)	SI NO	PORCENTAJE	

- A. Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
 - B. Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento farmacológico.
 - C. Aspectos condicionantes de la adherencia al tratamiento no farmacológico.
 - D. Adherencia al tratamiento no farmacológico
-
- 1. Factores comunes.
 - 2. Factores relacionados con el sistema de salud.
 - 3. Factores relacionados con el tratamiento.
 - 4. Factores relacionados con el estilo de vida.

ANEXO 2

✓ ENCUESTA

1. Edad A.1.1	
2. Sexo A.1.2	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
3. Nivel de instrucción A.1.3	<input type="radio"/> Analfabeto <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Superior
4. Ocupación A.1.4	<input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Trabajo independiente <input type="radio"/> Trabajo dependiente <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Jubilado
5. Estado civil A.1.5	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre
6. ¿Con quién vive usted? A.1.6	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Esposo/sa <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Otros
7. Tiene usted otra enfermedad aparte de su enfermedad de presión alta A.1.8	<input type="radio"/> Si ¿cuál?..... <input type="radio"/> No
8. ¿Cómo describiría a su enfermedad de presión alta? A.1.12	Como una enfermedad <input type="radio"/> Para toda la vida <input type="radio"/> Curable <input type="radio"/> Mortal <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?.....

<p>9. ¿Cómo se puede controlar la presión alta?</p> <p>Mencione tres medidas fundamentales que puede hacer para controlar la presión alta.</p> <p>A.1.12</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p>10. Cite 2 o más órganos que se pueden dañar por tener la presión arterial elevada.</p> <p>A.1.12</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>11. Fuma actualmente</p> <p>E.51</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>12. Fumó en el pasado</p> <p>E.52</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>13. Considera que su consumo actual de sal es</p> <p>E.46</p>	<p><input type="radio"/> Alto</p> <p><input type="radio"/> Moderado</p> <p><input type="radio"/> Bajo</p>
<p>14. Con que frecuencia consume grasas (aceites, fritos, mantecas).</p> <p>E.47</p>	<p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 vez/ semana</p> <p><input type="radio"/> 2 a 4 veces</p> <p><input type="radio"/> 5 a 6 veces</p> <p><input type="radio"/> Todos los días</p>
<p>15. Con que frecuencia consume azúcares (postres, azúcar morena, azúcar blanca, miel, panela).</p> <p>E.48</p>	<p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 vez/ semana</p> <p><input type="radio"/> 2 a 4 veces</p> <p><input type="radio"/> 5 a 6 veces</p> <p><input type="radio"/> Todos los días</p>
<p>16. Con que frecuencia consume harinas (fideos, pastas, pan).</p> <p>E.49</p>	<p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 vez/ semana</p> <p><input type="radio"/> 2 a 4 veces</p> <p><input type="radio"/> 5 a 6 veces</p> <p><input type="radio"/> Todos los días</p>

<p>17. Con que frecuencia consume alimentos como el banano, apio, frutos secos</p> <p>E.50</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> 1 vez/ semana <input type="radio"/> 2 a 4 veces <input type="radio"/> 5 a 6 veces <input type="radio"/> Todos los días
<p>18. ¿Quien prepara la comida que usted consume a diario?</p> <p>C.4.38</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ud. Mismo <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Restaurante <input type="radio"/> Otros
<p>19. Realiza alguna actividad física distinta a sus actividades cotidianas</p> <p>C.4.32</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<p>20. Dispone de tiempo para realizar la actividad física</p> <p>C.4.34</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<p>21. Con que frecuencia realiza actividad física</p> <p>E.43</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 vez/semana <input type="radio"/> 2-3veces/sem <input type="radio"/> 4 a 5 veces/sem. <input type="radio"/> Todos los días
<p>22. ¿Qué tipo de actividad física realiza?</p> <p>E.44</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Caminar <input type="radio"/> Trotar <input type="radio"/> Correr <input type="radio"/> Aeróbicos/ baile <input type="radio"/> Otros
<p>23. Dispone de un espacio físico seguro para realizar actividad física</p> <p>C.4.33</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<p>24. ¿Quien le ha brinda apoyo durante su enfermedad de presión alta?</p> <p>A.1.7</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Personal de salud <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Vecinos <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otros

<p>25. Se reúne con otros pacientes que tienen presión alta</p> <p>A.1.7</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca </p>
<p>26. Sintió algún malestar al realizar los cambios en su alimentación y ejercicio</p> <p>C.4.31</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No </p>
<p>27. Sabe si entre sus familiares o amigos que tienen presión alta, han organizado grupos para realizar ejercicio</p> <p>C.4.35</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No </p>
<p>28. Participa usted en estos grupos organizados para realización de ejercicios</p> <p>C.4.36</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> No </p>
<p>29. Recibe motivación por parte de su médico, enfermera, familiares o amigos. Para realizar actividad física</p> <p>C.4.37</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No </p>
<p>30. ¿Cuánto tiempo ha durado su tratamiento hasta el momento?</p> <p>B.3.23</p>	<p> <input type="radio"/> Menos de 1 año. <input type="radio"/> Entre 1 año y 5 años. <input type="radio"/> Mayor a 5 años. </p>
<p>31. Siente que el tomar su medicación le permite mantener controlada su presión arterial</p> <p>B.3.25</p>	<p> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca </p>

<p>32. Toma la medicación para la presión alta en la hora indicada.</p> <p>D.40</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>33. Toma más de dos medicamentos diariamente</p> <p>B.3.27</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>34. Se olvida alguna vez de tomar el medicamento</p> <p>D.49</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>35. ¿Cuándo se encuentra bien, deja alguna vez de tomar la medicación?</p> <p>D.51</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>36. Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación</p> <p>D.42/B.3.26</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>37. Su tratamiento actual para la presión alta ha cambiado por varias ocasiones porque los otros medicamentos no generaron mejoras en su presión</p> <p>B.3.24</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>38. ¿Cuando no está tomando correctamente su medicación, el médico le indica cómo hacerlo correctamente?</p> <p>B.2.21</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>

<p>39. ¿Cuando usted tomacorRECTAMENTE su medicación, el médico le motiva para seguir cumpliendo con la toma de su medicación?</p> <p>B.2.21</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>40. Comprende la información que recibe acerca de su enfermedad</p> <p>A.1.11</p>	<p><input type="radio"/> Siempre</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>41. ¿Cuánto le cuesta a usted su tratamiento para la presión alta?</p> <p>B.3.22</p>	<p><input type="radio"/> Gratuito</p> <p><input type="radio"/> 5-10 dólares/mes</p> <p><input type="radio"/> 10-20 dólares/mes</p> <p><input type="radio"/> 20-30 dólares/mes</p> <p><input type="radio"/> >30 dólares/mes</p> <p><input type="radio"/> No conozco</p>
<p>42. Disminuyo su consumo de sal desde que le diagnosticaron presión alta</p> <p>E.45</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>43. ¿Cuando le diagnosticaron de su presión alta recibió información de los cambios que debe realizar en su alimentación y ejercicio?</p> <p>C.4.28</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>44. La información que recibió sobre los cambios en la alimentación y ejercicio le motivaron a ponerlos en practica</p> <p>C.4.29</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>45. Entendió esas indicaciones de cambio en la alimentación y ejercicio</p> <p>C.4.28</p>	<p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>

<p>46. ¿Quien le proporciono información acerca de estos cambios en su estilo de vida?</p> <p>C.4.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medico ○ Enfermera ○ Familiares ○ Otros
<p>47. En las consultas subsecuentes le han preguntan acerca de los cambios que usted ha realizado en la alimentación y ejercicio</p> <p>C.4.28</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ A veces ○ Nunca
<p>48. ¿Con que frecuencia acude a sus consultas?</p> <p>A.1.15</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2 veces/mes ○ 1 vez/mes ○ Cada tres meses. ○ Cada 6 meses.
<p>49. ¿Cuánto tiempo dura la consulta con su médico?</p> <p>A.1.13</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 5-10 minutos ○ 10-15 minutos ○ 15-30 minutos
<p>50. ¿Ha recibido información respecto a su enfermedad de presión alta?</p> <p>A.1.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No
<p>51. ¿Cuando recibe información de los valores de su presión arterial?</p> <p>A.1.14</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ En toda las consultas ○ En la mayoría de las consultas ○ Cuando lo necesito ○ A veces ○ Nunca
<p>52. Recibió información de cómo mantener controlada su enfermedad</p> <p>B.2.18</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No
<p>53. ¿Quien le proporcionó información acerca de su enfermedad de presión alta?</p> <p>A.1.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Médico ○ Enfermera ○ Farmacia ○ Otros quien

<p>54. ¿Quien le proporciona información acerca de cómo mantener controlada la presión alta?</p> <p>B.2.19</p>	<p>○ Médico</p> <p>○ Enfermera</p> <p>○ Farmacia</p> <p>○ Otros quien</p>
<p>55. Recibió información de cómo tomar su medicación</p> <p>B.2.16</p>	<p>○ Si</p> <p>○ No</p>
<p>56. ¿Qué información le dieron de cómo mantener controlada su enfermedad?</p> <p>B.2.18</p>	
<p>57. ¿Quien le proporciona información acerca de cómo tomar su medicación?</p> <p>B.2.17</p>	<p>○ Médico</p> <p>○ Enfermera</p> <p>○ Farmacia</p> <p>○ Otros quien</p>

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....con CI:

Con la información previa que he recibido por parte de las señoritas Grace Arias y Verónica Pérez, Egresadas de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Quito, autorizo voluntariamente formar parte de esta investigación.

Conozco de antemano, que este estudio y/o investigación tiene una finalidad de aporte científico y datos relevantes para mi persona y la comunidad que ayudará a la mejora de la atención de salud que se nos brindan en el Hospital.

La información que proporcione a cada pregunta de la encuesta, no me ocasionará ningún inconveniente ni riesgo de ninguna especie.

Los resultados de todas de la encuesta, serán presentados, reportados y/o publicados en ámbitos de la prevención y promoción de la salud y mi nombre se mantendrá confidencial.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y por ello firmo este consentimiento informado de manera voluntaria manifestando mi participación en el estudio de investigación Titulado: VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA PRESCRITA Y SUS FACTORES CONDICIONANTES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ESENCIAL TRATADOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES VDA DE CONCHA.

.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos como ser humano y paciente.

Firma:

Fecha: